

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**SPECIFIKA DIAGNOSTIKY ŠKOLNÍ ZRALOSTI
U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

**Specificity of school readiness assessment of children with
mental disability**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Felcmanová

Autor: Bc. Markéta Klausová

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2014

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití literatury, která je uvedena v seznamu použité literatury.

V Praze dne 19. 6. 2014

Podpis.....

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Lence Felcmanové za odborné vedení a mnoho podnětných rad při vypracování diplomové práce. Dále děkuji všem, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a také své rodině za velkou podporu.

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na problematiku diagnostiky školní zralosti u dětí s mentálním postižením.

Práce se věnuje teoretickým poznatkům ve vztahu k předškolnímu věku a také konkrétně u dětí s mentálním postižením. Popisuje školní zralost dítěte a pohled na ní u nás i v zahraničí. Zahrnuje také problematiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením. Práce se dále zaměřuje na diagnostiku školní zralosti a na prostředky a nástroje, které jsou při diagnostice školní zralosti využívány. Práce dále přibližuje principy dynamické diagnostiky, jako možného přístupu k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením.

Cílem práce je zmapovat postupy pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center pro děti a žáky s mentálním postižením, které jsou využívány k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením a tyto postupy mezi sebou porovnat.

Klíčová slova: dítě předškolního věku, dítě s mentálním postižením, školní zralost, diagnostika školní zralosti, dynamická diagnostika.

Abstract

This thesis is focused on the school readiness assessment of children with mental disability.

Thesis is devoted to theoretical knowledge in relation to pre-school age and also specifically for children with mental disability. Thesis describes the school readiness of child and compares foreign and local view on it. It also includes the issue of school readiness of children with mental disability. Furthermore, the thesis focuses on the school readiness assessment and on resources and tools that are used in the school readiness assessment. Thesis also describes the principles of dynamic assessment, as an approach, which can be used for the school readiness assessment of children with mental disability.

The aim of this thesis is to map the procedures of school readiness assessment of children with mental disability, in pedagogical-psychological consultancy and special education centers for children with mental disability and compare both approaches.

Key words: a preschool child, a child with mental disability, school readiness, school readiness assessment, dynamic assessment.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	9
1.1 Předškolní období	9
1.2 Motorický vývoj	9
1.3 Kognitivní vývoj.....	10
1.3.1 Myšlení	10
1.3.2 Paměť	12
1.3.3 Vývoj verbálních schopností.....	13
1.3.4 Vývoj exekutivních funkcí.....	14
1.4 Emoční vývoj	14
1.5 Socializace.....	16
1.6 Hra a kresba.....	17
1.7 Dítě předškolního věku s mentálním postižením	19
1.7.1 Charakteristika dítěte s mentálním postižením	20
1.7.2 Specifika ve vývoji dětí s mentálním postižením.....	23
2 ŠKOLNÍ ZRALOST	27
2.1 Vymezení pojmu.....	27
2.2 Složky školní zralosti.....	30
2.2.1 Tělesná (biologická) zralost	30
2.2.2 Kognitivní (duševní, rozumová) zralost	31
2.2.3 Emocionální, motivační a sociální zralost	35
2.3 Specifika školní zralosti u dětí s mentálním postižením.....	36
3 DIAGNOSTIKA ŠKOLNÍ ZRALOSTI.....	39
3.1 Pojetí diagnostiky	39
3.1.1 Lékařská diagnostika	39

3.1.2	Psychodiagnostika	40
3.1.3	Sociální diagnostika.....	40
3.1.4	Speciálně pedagogická diagnostika	41
3.1.5	Diagnostické metody	41
3.2	Diagnostika školní zralosti u dětí s mentálním postižením.....	46
3.2.1	Diagnostické nástroje pro posouzení školní zralosti	47
3.3	Dynamická diagnostika.....	63
3.3.1	Porovnání dynamické diagnostiky s tradičními metodami	66
3.3.2	Dynamická diagnostika dětí předškolního věku	66
3.3.3	Shrnutí.....	68
4	PŘÍSTUPY ŠKOLSKÝCH PORADENSKÝCH ZAŘÍZENÍ K DIAGNOSTICE ŠKOLNÍ ZRALOSTI U DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	69
4.1	Úvod k výzkumnému šetření.....	69
4.2	Cíle výzkumného šetření.....	69
4.3	Výzkumné předpoklady	70
4.4	Metodika	71
4.4.1	Sběr dat	71
4.4.2	Respondenti.....	71
4.4.3	Průběh dotazníkového šetření	71
4.5	Výsledky dotazníkového šetření.....	72
4.6	Závěrečné zhodnocení výsledků.....	89
4.7	Vyhodnocení výzkumných předpokladů	91
	ZÁVĚR.....	93
	SHRUTÍ.....	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	95
	SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

Zahájení povinné školní docházky představuje v životě dítěte významný krok. Přáním každého rodiče i dítěte samotného je, aby nástup do školy i průběh školní docházky probíhal bez větších obtíží a aby dítě do školy chodilo rádo. Pokud mluvíme o dětech, které se podle psychologických a pedagogických ukazatelů jeví jako školsky zralé, je naplnění tohoto přání za normálních okolností samozřejmostí. V případě, že se jedná o dítě s mentálním postižením, mohou se tyto přání velice rychle proměnit spíše v obavy z toho, jak takové dítě školní docházku zvládne. Diagnostika školní zralosti představuje možnost, jak tyto obavy přeorientovat do konkrétních opatření a informací, které se dají využít k tomu, aby škola nebyla pro dítě překážkou, nýbrž prostředím, kde se dítě bude cítit dobře.

V případě diagnostiky školní zralosti u dětí s mentálním postižením je klíčovým prvkem pohled na to, k čemu má diagnostika sloužit, co chce zjistit. Rozhodně by nemělo jít jen o výčet toho, v čem je dítě nezralé, co nezvládá, v čem bude mít určité problémy. Výsledkem takové diagnostiky by v ideálním případě byl přehled o tom, jaké přístupy preferovat ve vztahu ke konkrétnímu dítěti se všemi jeho specifiky.

Důvod, který mě vedl k výběru tématu této práce, je ten, že děti s mentálním postižením představují skupinu, která je zatím velice často vzdělávána odděleně, mimo hlavní vzdělávací proud. Osobně jsem přesvědčená o pozitivním důsledku toho, kdy je určitá odlišnost brána jako neoddělitelná součást jednoho celku. Právě skrze diagnostiku školní zralosti bychom u dětí s mentálním postižením měli nacházet jejich možnosti a potenciály, které by jim umožnily být součástí celku, a to i ve vztahu ke školní docházce.

Cílem práce je zmapování postupů, které jsou využívány pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry pro děti a žáky s mentálním postižením ve vztahu k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením a postupy obou typů zařízení pak porovnat.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola práce je zaměřena na dítě předškolního věku z hlediska vývojové psychologie. V rámci této kapitoly jsou popsány charakteristiky dětí s různým stupněm mentálního postižení a specifika ve vývoji těchto dětí. Druhá kapitola je věnována školní zralosti, tedy jejímu vymezení a

chápaní v naší i zahraniční literatuře. Jsou zde také popsány složky školní zralosti. Poslední část této kapitoly je věnována problematice školní zralosti u dětí s mentálním postižením. Třetí kapitola se věnuje diagnostice školní zralosti. V této kapitole jsou popsány přístupy i konkrétní nástroje, které se využívají k diagnostice školní zralosti. Závěrečná část této kapitoly je věnována dynamické diagnostice. Ve čtvrté kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které je zaměřené na diagnostiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením v prostředí pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center pro děti a žáky s mentálním postižením.

1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

V následující kapitole budeme charakterizovat dítě předškolního věku z pohledu vývojové psychologie. Zaměříme se na charakteristické změny v jednotlivých oblastech biologického a psychosociálního vývoje a na stupeň vývoje, kterého dítě obvykle dosahuje na konci tohoto období. V další části této kapitoly se budeme věnovat charakteristice dětí s různým stupněm mentálního postižení a specifikům ve vývoji dítěte s mentálním postižením.

1.1 Předškolní období

Předškolní období je ohraničeno věkem 3 až 6 popř. 7 let. Konec tohoto období není dán pouze věkem, ale především sociálně, vstupem do základní školy. Rozdíl, mezi těmito dvěma věkovými hranicemi může činit jeden, případně i více let (Vágnerová, 2004). Toto období je pro dítě významné také z hlediska nového sociálního zařazení. Nejprve je obvykle mezi 3 a 4 rokem zařazeno do prostředí mateřské školy a po dovršení 6 let pak do základní školy (Šimíčková Čížková, 2005). Charakteristický je také rozvoj vztahů s vrstevníky, který s docházkou do mateřské školy úzce souvisí.

Vágnerová (2004) charakterizuje předškolní období jako „věk hry“, ve kterém si dítě upevňuje svou vlastní pozici ve světě a zároveň se vymezuje ve vztahu ke světu. Dítě v tomto období zpracovává informace fantazijně, uvažuje intuitivně bez regulace logikou. Období předškolního věku představuje přípravu dítěte na budoucí život ve společnosti, kdy se dítě učí, že musí přijmout určitý řád, který upravuje jeho chování k různým lidem i situacím.

Podle Říčana a Krejčířové (1997) odpovídá období předškolního věku Eriksonem vymezenému stadiu iniciativy. Dítě se v tomto stadiu učí pronikat do prostoru činů a střetů a má potřebu něco zvládat, tvořit. V tomto období se objevuje nový, vyšší způsob autoregulace – schopnost cítit vinu (svědomí, zvnitřnělé normy).

1.2 Motorický vývoj

Motorický vývoj v předškolním věku lze označit jako neustále se zdokonalující. Stále se také zlepšuje pohybová koordinace a elegance. Na konci předškolního období

je dítě schopno zvládat činnosti vyžadující složitou pohybovou koordinaci – jízda na koloběžce, na kole, plavání, lyžování, bruslení (Šimíčková Čížková, 2005). Tato koordinace se také projevuje ve schopnosti sebeobsluhy – svlékání, oblékání, skládání věcí i sebeobsluha v oblasti hygieny (Mertin, Gillernová, 2003).

Na konci třetího roku by měl být u dítěte navozen špetkový úchop. Ruka i prsty by měly být uvolněny, nesmí svírat tužku křečovitě, ukazovák nesmí být prohnutý. Zpočátku vývoje grafomotorických dovedností bývá tlak na podložku běžný. Postupem času by mělo docházet k uvolňování ruky (Bednářová, Šmardová, 2011b).

Neustále se také rozvíjí jemná motorika, která umožňuje dítěti manipulaci s nůžkami, s tužkou, házení míčem, používání příboru a další činnosti vyžadující jistou manuální zručnost.

1.3 Kognitivní vývoj

1.3.1 Myšlení

Podle typického způsobu uvažování označil Jean Piaget tuto fázi kognitivního vývoje jako **období názorného, intuitivního myšlení**. Během tohoto období až do šesti až sedmi let chybí dítěti mechanismus deduktivních (logických) kompenzací (Piaget, Inhelderová, 2010). Dítě v tomto období vnímá celek jako soubor jednotlivostí a zatím u nich nerozlišuje základní vztahy (Mertin, Gillernová, 2003).

Tento stav byl pokusně zkoumán. Dítě dává do dvou skleniček stejné množství korálků (nebo vodu). Obě sklenice jsou naplněny stejně. Obsah jedné skleničky se přemístí do sklenice užší nebo širší. Dítě bude tvrdit, že v užší skleničce je korálků víc, protože je „vyšší“ v širší sklenici pak naopak. V obou případech bude dítě tvrdit, že se celek nezachoval. Tento způsob myšlení zatím neumožňuje dítěti myslet skutečně logicky, po krocích (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Vágnerová (2007, s. 78 – 80) shrnuje typické znaky uvažování dítěte předškolního věku do následujících bodů:

- *Centrace*. Dítě má tendenci ulpívat na jednom, většinou nápadném znaku, který považuje za podstatný. Ostatní, méně nápadné znaky dítě přehlídí.

- *Egocentrismus*. Dítě má tendence zkreslovat úsudky podle svého vlastního postoje a preference. Dítě neposuzuje situaci z více hledisek.
- *Fenomenismus*. Svět je pro dítě takový, jak vypadá. Jeho podstatu ztotožňuje s viditelnými znaky.
- *Prezentismus*. Dítě je vázáno na přítomnost, na aktuálně vnímaný obraz, který pro dítě představuje subjektivní jistotu.
- *Magičnost*. Tendence pomáhat si fantazií při interpretaci dění v reálném světě a tím jeho poznání zkreslovat. Dítě předškolního věku nevnímá velký rozdíl mezi skutečností a fantazijní představou.
- *Antropomorfismus*. Dítě přiřazuje lidské vlastnosti i neživým objektům a takto i světu lépe rozumí. Jedná se vlastně o polidšťování neživých věcí či jevů.
- *Arteficialismus*. Znamená způsob, jakým si dítě vykládá vznik okolního světa: někdo jej udělal.
- *Absolutismus*. Dítě je přesvědčeno, že jeho poznání má definitivní, jednoznačnou platnost. Relativita některých názorů či výroků je pro dítě předškolního věku nepochopitelná. Tato tendence vyjadřuje dětskou potřebu jistoty.

Děti předškolního věku často využívají analogické uvažování k vymezování či odvozování pojmů. Takový způsob uvažování vede u předškolních dětí k častým nepřesnostem. Děje se tak proto, jelikož pro dítě předškolního věku je obtížné odlišit podstatné a nepodstatné znaky a zaměřit se na podstatné souvislosti. Starší předškolní děti dokážou analogicky uvažovat i podle náročnějších kritérií jako jsou např. funkční vlastnosti, příčinné souvislosti nebo uvažování v dimenzi poklesu či nárůstu (Vágnerová, 2004).

Během předškolního období dítě přechází od otázky „*Co to je?*“ k otázce „*Proč?*“. Vyjadřuje tak svůj zájem o příčinné události v okolním světě (Mertin, Gillernová, 2003). Zároveň mají děti v tomto období sklon hledat přímé a jednoznačné příčiny všeho dění tzv. kauzální uvažování. Náhodu jako takovou odmítají, protože ji nelze uspokojivě vysvětlit a vyvolává v dítěti nejistotu. Dítě předškolního věku potřebuje především jasná pravidla, podle nichž si pak interpretuje dění okolního světa (Vágnerová, 2004).

Pokud se dítěti předškolního věku jeví realita jako nesrozumitelná, vysvětlí si ji tak, jak se mu to hodí. Nepřipouští, že by skutečnost mohla být jiná. Z tohoto důvodu se u dětí objevují nepravé lži, tzv. konfabulace. Děti předškolního věku kombinují vzpomínky s fantazijními představami, které mohou být ovlivněny aktuálními potřebami nebo emočním laděním. Samotné děti jsou však přesvědčeny o jejich pravdivosti. Fantazie má v tomto případě harmonizující význam, který děti využívají k tomu, aby pro ně byl realita přijatelná (Vágnerová 2007).

1.3.2 Paměť

Paměť předškolního dítěte má zpočátku charakter bezděčného zapamatování. Kolem pátého roku se začíná uplatňovat také paměť záměrná. Paměť v předškolním období je převážně mechanická a konkrétní, která se váže na konkrétní události. Dítě v tomto období si pamatuje především situace, které ho nějakým způsobem zaujaly, zejména pak citově zabarvené situace (Mertin, Gillernová, 2003).

Ve vztahu k předškolnímu období popisuje Vágnerová (2007) vývoj explicitní epizodické paměti. Jedná se o individuálně specifickou formu paměti, která zpracovává a uchovává osobně prožité události. Do šesti let věku dítěte bývají trvalejší osobní vzpomínky útržkovité a je jich málo. Vzpomínky dětí předškolního věku jsou také snadno ovlivnitelné. Bývají spojením zapamatovaného a odvozeného.

Děti předškolního věku se učí převážně bezděčně, mechanicky, často bez dostatečného myšlenkového zpracování. Snadno si například osvojují různé říkanky, ale často bez jakékoliv vazby na obsah. Pamatují si je spíš na základě rytmu a rýmu (Čačka, 1997).

Podle Vágnerové (2007) je rozvoj epizodické paměti spojen s vývojem jazykových schopností. Verbalizace totiž poskytuje dětem potřebný význam k tomu, aby byla informace uchována v paměti. V tomto ohledu hraje velkou roli interakce s ostatními lidmi, především s dospělými. Vyprávění rodičů slouží dítěti jako vzor a na jeho základě se děti učí, co je důležité, jak jednotlivé vzpomínky řadit, aby byla zachována příčinná i časová posloupnost.

Tříleté děti většinou do svého vyprávění zahrnují různé nepodstatné detaily, ale často opomíjejí cíl jednání hlavní postavy i celého děje. Čtyřleté děti se již ve vyprávění zaměřují na důležité části děje, ale často se ještě odchyľují od podstaty

příběhu. Pětileté děti jsou již schopny udržet základní osnovu příběhu za předpokladu, že příběh má jednoduchý děj (Nelson 1993 dle Vágnerové 2007).

1.3.3 Vývoj verbálních schopností

Verbální schopnosti dítěte předškolního věku se zdokonalují ve formě i obsahu. Dítě je rozvíjí především v komunikaci s dospělými, ale i s vrstevníky či působením médií (Vágnerová, 2007).

Řeč jako schopnost se skládá ze čtyř jazykových rovin:

- foneticko-fonologická,
- morfologicko-syntaktická,
- lexikálně-sémantická,
- pragmatická.

Foneticko-fonologická rovina zahrnuje sluchové rozlišování hlásek a jejich výslovnost. Ve dvou až třech letech splňují mluvidla dítěte předpoklady pro artikulaci. Vývoj výslovnosti začíná od hlásek, které jsou artikulačně nejlehčí (P, B, M, T, D, N) po hlásky artikulačně obtížnější (R, Ř, Z, S, C, Ž, Š, Č). Do pěti let je nesprávná výslovnost považována za fyziologickou. Po sedmém roce je nepravděpodobné, že se výslovnost spontánně upraví.

Morfologicko-syntaktická rovina zahrnuje užívání slovních druhů, tvarosloví a skladbu vět. Po čtvrtém roce by dítě mělo používat veškeré slovní druhy. Mezi třetím a čtvrtým rokem používá dítě v komunikaci souvětí. Zhruba do čtyř let považujeme dysgramatismy za fyziologické. Pokud by v řeči dítěte přetrvávaly i po tomto období, je třeba důkladnějšího vyšetření, které by zhodnotilo celkový řečový vývoj.

Lexikálně-sémantická rovina v sobě zahrnuje pasivní a aktivní slovní zásobu. Dítě zhruba od roku a půl chápe, že pomocí slov může označovat různé předměty, osoby. Mezi třetím a čtvrtým rokem se většinou objevuje tzv. druhý věk otázek, kdy se dítě dotazuje nejčastěji na důvod „Proč?“.

Pragmatická rovina zahrnuje využití řeči v každodenním životě. Kolem třetího roku začíná mít u dítěte řeč regulační funkci. Dítě chápe, že pomocí řeči může

dosahovat určitých cílů. Mezi třetím a čtvrtým rokem dítě projevuje schopnost navázat i udržet a rozvíjet konverzaci (Bednářová, Šmardová, 2011b).

V tomto období se také zpřesňuje vyjadřování dítěte, dítě si rádo osvojuje nové slovní výrazy a samo si je různým způsobem upravuje. Dítě se dále zdokonaluje v používání gramatických pravidel. U dítěte se dále zpřesňuje výslovnost, zlepšuje se koordinace pohybů jazyka. Na konci předškolního období by měla být výslovnost všech hlásek upevněná.

Mezi šestým a sedmým rokem se rozvoj řeči, který byl dosud tvárný a snadno ovlivnitelný, upevňuje a stabilizuje. Z tohoto důvodu by měla být již upevněná správná výslovnost (Kutálková, 2005).

1.3.4 Vývoj exekutivních funkcí

Vágnerová (2012, s. 208) definuje exekutivní funkce jako „*soubor kompetencí, které slouží k monitorování situace a k řízení i regulaci různých psychických procesů i chování dítěte.*“.

Bazální součástí exekutivních funkcí je:

- **Pracovní paměť**, která slouží k udržení a zpracování informací, které jsou důležité pro orientaci v určité situaci a splnění nějakého úkolu.
- **Schopnost inhibice** spočívá v potlačení silnějšího, ale nežádoucího poznatku a udržet to, co je v daném okamžiku žádoucí. Opakem inhibiční kontroly je impulzivita.
- **Kognitivní flexibilita** je schopnost přenášení pozornosti z jednoho aspektu na jiný. Opakem kognitivní flexibility je ulpívavost (Vágnerová, 2012).

Vývoj exekutivních funkcí závisí na zrání a z velké části také na výchovném vedení a celkové zkušenosti dítěte. Na konci předškolního období by tedy měly získávat funkční charakter.

1.4 Emoční vývoj

Oproti předchozím vývojovým obdobím je emoční prožívání předškolních dětí stabilnější. I přesto jsou ale emoce předškolních dětí intenzivní a snadno přecházejí z jedné kvality do druhé. Nejčastějším zdrojem emočního prožívání jsou aktuálně vykonávané činnosti. V tomto období se již rozvíjí **emoční paměť**, která dítěti

umožňuje vzpomenout si na dřívější emoční prožívání ve vztahu k určité situaci (Vágnerová, 2012).

Šimíčková Čížková (2005) popisuje ve vztahu k období předškolního věku charakteristický vývoj **vyšších citů**, do kterých řadí:

- **Sociální city** se vyvíjejí ve vztahu k dospělým (lásky k rodičům, sympatie či antipatie k dalším lidem...) k vrstevníkům (rozvoj schopnosti spolupracovat, pochopení pro druhé...) i k sobě samému. Mertin a Gillernová (2003) dále zdůrazňují vztah k matce a otci, který je pro dítě velice důležitý a pokládá základy tomu, jak budou vypadat budoucí mezilidské vztahy dítěte k jeho okolí.
- **Intelektuální city**, které vyvolávají kladné emoce při objevování a poznávání nového.
- **Estetické city** umožňují dítěti prožívat příjemné citové stavy u toho, co považuje za hezké (výtvarné činnosti, pohádka, hudba...).
- **Etické cítění**. Mertin a Gillernová (2003) zmiňují, že české děti mají již na počátku předškolního období zvnitřněné základní sociální normy. Dítě také často zkouší překračovat hranice těchto norem a zjišťuje tak následek svého jednání. Piaget a Inhelderová (2010) spojují období před vstupem do školy s pojmem **heteronomní morálka**. Ta je určována příkazy, které uděluje dítěti autorita. Nejprve je působnost příkazu podmíněna přítomností oné autority. Postupně pak příkaz pro dítě získává trvalou vážnost, která je ovšem také relativní. Předškolní věk je dle Piageta a Inhelderové (2010) obdobím tzv. **morálního realismu**, kdy jsou povinnosti a hodnoty určovány příkazem a zákonem bez souvislosti se záměrem jedince.

V období předškolního věku jsou patné vývojově podmíněné změny v emočním prožívání a v emoční expresi. Vágnerová (2012) je shrnuje do následujících bodů:

- **Vztek a zlost** již nebývají tak časté a objevují se především v kontaktu s vrstevníky. Podle Čáčky (1997) přestává být zlost generalizovaná a zaměřuje se nejen na určitou osobu či věc, ale pouze na některé její vlastnosti.
- **Strach** resp. některé jeho projevy jsou vázány na rozvoj dětské představivosti. Míra bázelivosti jednotlivých dětí se od sebe liší s ohledem na temperamentový

typ dítěte. Tendenci k prožívání strachu může také posílit negativní zkušenost, která nebyla dítětem dostatečně zpracována a postupně se zafixovala.

- **Smysl pro humor** u dětí předškolního věku souvisí s rozvojem jazykových schopností. Často se mezi dětmi vyskytuje opakování legračních, nesmyslných či tabuizovaných slov.

Vágnerová (2012) ve vztahu k emočnímu vývoji v předškolním období dále uvádí rozvoj **emoční inteligence**. Ta zahrnuje zlepšující se orientaci v emočních prožitcích, kauzalitu jejich vzniku, porozumění komplexnějším emocím. Později se také objevuje porozumění emoční ambivalenci. Zdokonaluje se schopnost emoční regulace, která umožňuje kontrolovat emoční prožitky a chování.

Je důležité, abychom si uvědomili, že výše popsaný emoční vývoj může probíhat pouze za předpokladu získání potřebných zkušeností. Ty jsou dítěti každodenně předkládány jeho nejbližším okolím. Pak již záleží na tom, do jaké míry jsou rodiče nebo jiné blízké osoby schopny dítěti popsat, vysvětlit a spoluprožívat nejrůznější emoce.

1.5 Socializace

Jak uvádí Vágnerová (2012), předškolní věk lze označit jako fázi přesahu rodiny. Socializace probíhá v interakci s jinými lidmi. Dítě získává nové zkušenosti i sociální dovednosti, jako je vzájemná komunikace, sdílení, spolupráce, sebeprosazení... Postupem času se vytváří standardní trojice oblastí, se kterými se dítě identifikuje.

- **Rodina** zůstává základní sociální skupinou, která dítěti poskytuje zdroj jistoty, bezpečí, zázemí a bezvýhradného přijetí. V rodině má dítě své postavení, svoje vyhrazené teritorium.
- **Vrstevníci** jsou skupinou rovnocenných jedinců, kteří dítěti společnou interakcí poskytují důležitou zkušenost, která přispívá k rozlišování vztahů a k procesu osamostatňování. Ve skupině vrstevníků nemá dítě vyčleněné své stabilní místo.
- **Mateřská škola** představuje pro dítě většinou první instituci, se kterou se setkává. Dítě zde získává nové dovednosti i zkušenosti. Dítě zde nemá své intimní teritorium, téměř nic zde nevlastní, všichni si mohou hrát se všemi hračkami...

Dítě je schopné bezpečného překročení hranic nejbližšího rodinného zázemí pouze tehdy, pokud mu byl poskytnut pocit bezpečí, jistoty a rodinné identity. Pokud by tomu tak nebylo, nemohlo by dítě vytvářet vztahy s cizími lidmi a adekvátně reagovat na nové sociální situace (Matějček, 2013).

Mertin a Gilernová (2003) zdůrazňují důležitost kontaktu s dalšími dětmi a lidmi ve vztahu k formování vlastního Já. Dítě se učí měnit úhel pohledu ve vztahu k sobě - jaký jsem, jak mě vidí ostatní. V tomto věku si dítě vytváří také svou pohlavní identitu. Děje se tak v interakci s vlastními rodiči, ale i s vrstevníky. Každodenní rodinná interakce v přítomnosti obou rodičů, obou pohlavních vzorů je pak důležitou součástí přirozeného vývoje dítěte.

Ke konci předškolního období má již dítě zvnitřnělé základní normy chování a je s nimi ztotožněno. Novou se v tuto dobu stává schopnost cítit vinu, což znamená počátek autoregulačních mechanismů a začátek rozvoje dětského svědomí (Kochanska, 2002, cit. podle Vágnerové, 2012).

1.6 Hra a kresba

Podle Šimíčkové Čížkové (2005) odráží hra vztahy dítěte k prostředí, ve kterém se pohybuje. Patří tedy mezi hlavní činnosti, ve kterých probíhá proces socializace. Zároveň je i významným motivačním činitelem a základní psychickou potřebou.

Vágnerová (2012) zahrnuje hru mezi neverbální symbolické funkce, která interpretuje okolní realitu způsobem vlastním pro dítě. Dále rozděluje hru na:

- **Symbolickou hru**, která dítěti slouží jako prostředek k vyrovnání se s realitou. V symbolické hře si dítě uspokojuje potřeby, které jinak splnit nelze. Dítě si také může skrze hru zpracovávat problematickou či traumatickou skutečnost.
- **Tematická hra na něco**, která slouží k procvičování různých životních rolí. V této hře si dítě může vyzkoušet různé sociální role, a to včetně těch negativních.

Vývoj hry můžeme v rámci předškolního věku začít od hry paralelní, kdy si děti hrají „vedle sebe“, přes hru společnou, která má shodné téma, až ke hře kooperativní, ve které má každý svou roli a tu zastává (Čačka, 1997).

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí ve vztahu k dětské hře i její terapeutické hledisko, kdy hra může sloužit jako prostředek k vyrovnání s emočními konflikty na symbolické rovině. Dítě prostřednictvím hry překonává události, které neumí pochopit rozumově. Je třeba zdůraznit, že hra si musí zanechat svou spontánnost, objevnost, tvořivost a volnost, a to i v případech kdy se jedná o předem naplánované programy.

Hra tedy v životě dítěte představuje jeho nedílnou součást, skrze kterou máme možnost dítě pochopit, porozumět jeho emocím. Pokud se rodiče účastní hry dítěte, mají možnost ji, potažmo osobnost dítěte nenásilně obohacovat i kultivovat.

Kresba je pro dítě předškolního věku prostředek k tomu, aby mohlo vyjádřit své představy, obavy, přání, a to takovým způsobem, který je dítěti vlastní a je touto činností spontánně přitahováno (Šimíčková Čížková, 2005).

Vágnerová (2012) řadí kresbu stejně jako hru mezi neverbální symbolickou funkci. Vývoj kresby prochází několika fázemi:

- **Presymbolická, senzomotorická fáze**, která je typická pro období batolecího věku, kdy dítě zajímá „čmárání“ samo o sobě.
- **Fáze přechodu na symbolickou úroveň**, pro kterou je typické dodatečné pojmenování produktu na základě výrazného znaku.
- **Fáze primárního symbolického vyjádření** již znamená uskutečnění úmyslu dítěte nakreslit něco konkrétního.

Dalším významným vývojovým ukazatelem je kresba lidské postavy, jakožto nejčastěji zobrazovaným námětem dětské kresby. Nejčastěji se s kresbou lidské postavy poprvé setkáváme u dětí mezi třetím a čtvrtým rokem života (Šimíčková Čížková, 2005).

Vágnerová (2012) uvádí následující tři stádia kresby, jakožto ukazatele celkového rozvoje dětské psychiky:

- **Stadium hlavonožce** je prvním stádiem kresby lidské postavy. V tomto stádiu má pro dítě největší význam lidský obličej a končetiny, které jsou podstatné pro jakoukoliv aktivitu.
- **Stadium subjektivně fantazijního zpracování** je typické pro děti mezi čtvrtým a pátým rokem. Tyto kresby již obsahují existenci trupu. Dítě kreslí pupík,

knoflíky či obsah břicha. Časté jsou také průhledné kresby. Dítě v kresbě zdůrazňuje osobně významné detaily.

- **Stadium realistického zobrazení** se objevuje na konci předškolního věku a kresba se stále více podobá skutečnosti resp. tomu, co dítě vidí.

Jelikož kresba lidské postavy odráží úroveň zrání poznávacích schopností, rozvoj zkušeností i myšlení, je důležitým podkladem pro diagnostickou činnost u dětí (Říčan, Krejčířová, 2007).

1.7 Dítě předškolního věku s mentálním postižením

Terminologie, která je ve vztahu k problematice mentálního postižení užívána, se často potýká s terminologickými nejasnostmi, které vyplývají především z etického pohledu a vůbec ze samotného charakteru mentálního postižení. Následující definice mají alespoň částečně přiblížit současný pohled na tuto problematiku.

Podle Valenty (2012, s. 30) je mentální postižení „...širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je mentální retardace: „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“ (Valenta, 2012, s. 32)

Jako poslední následuje vymezení mentální retardace podle AAMR¹ (American Association for Mental Retardation). „Mentální retardace je snížená schopnost

¹ AAMR je v současné době transformovaná na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) a pojem mentální retardace je nahrazován pojmem intelektová disabilita.

charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou.“ (Valenta, 2012, s. 33)

Jak je z výše uvedeného patrné, je současné pojetí mentální retardace chápáno jako omezení v duševním vývoji jedince, které může být ovlivňováno a kompenzováno nejrůznějšími prostředky. Tato podpůrná opatření by měla člověka s mentálním postižením začleňovat zpět do většinové společnosti, ze které byl v minulosti především díky medicínskému pojetí mentální retardace různými formami vyčleňován.

1.7.1 Charakteristika dítěte s mentálním postižením

Děti s mentálním postižením tvoří velmi heterogenní skupinu, což je dáno především různorodou etiologií mentálního postižení, ale v neposlední řadě i výchovným prostředím či osobnostními vlastnostmi.

Černá a kol. (2009) uvádí následující nejčastěji se vyskytující syndromy spojené s mentální retardací:

- Downův syndrom
- Syndrom fragilního X chromozomu
- Rettův syndrom
- Angelmanův syndrom
- Turnerův syndrom
- Williamsův syndrom

Následující charakteristiky dětí s mentálním postižením jsou rozděleny dle stupňů mentální retardace. Tyto charakteristiky jsou pouze generalizací nejčastějších či typických projevů vztahujících se k danému stupni mentální retardace. Vždy je nutné vycházet z charakteristiky konkrétního jedince.

Charakteristika dětí s lehkou mentální retardací

Podle Říčana a Krejčířové (1997) bývá diagnóza lehké mentální retardace často stanovena právě v předškolním věku, někdy také až po začátku školní docházky. Tehdy je totiž od dítěte očekáváno řešení složitějších úkolů a situací, ve kterých

mohou děti s lehkou mentální retardací selhávat. Nejvýrazněji je narušena schopnost logického usuzování a abstrakce.

V období předškolního věku je patrný zejména opožděný vývoj řeči, malá slovní zásoba, menší zvědavost a vynalézavost. Je také zpomalen rozvoj sociálních dovedností typických pro daný věk. Dále může být patrna afektivní labilita, úzkostnost či zvýšená sugestibilita (Pipeková, 2006).

Většina dětí v pásmu lehké mentální retardace dosáhne plné nezávislosti v úkonech denní péče (oblékání, hygiena, sebeobsluha, stravování), i když o něco později než je běžné. Děti s lehkou mentální retardací jsou schopny používat řeč, tedy také udržet konverzaci a začlenit se do sociálního prostředí (Švarcová, 2006).

Výskyt osob s lehkou mentální retardací v celkovém počtu osob s mentální retardací je 80 % (Pipeková, 2006).

Charakteristika dětí se středně těžkou mentální retardací

U středně těžkého stupně mentální retardace je často přítomna organická etiologie. Častější je také výskyt tělesného postižení, epilepsie a pervazivních vývojových poruch (Švarcová, 2006).

Podle Říčana a Krejčířové (1997) je opožďování ve vývoji zachyceno většinou již v kojeneckém nebo batolecím věku. Opožďuje se především vývoj pohybový a vývoj řeči.

Řečový vývoj je u dětí se středně těžkou mentální retardací značně variabilní. To platí také o rozdílech v úrovni schopností každého dítěte, a to senzoricko-motorických, verbálních a schopnosti sociální interakce (Švarcová, 2006).

Sebeobsluha dětí se středně těžkou mentální retardací je v mnohých případech pouze částečná.

Pipeková (2006) uvádí celkový výskyt osob se středně těžkou mentální retardací v celkovém počtu osob s mentální retardací na 12 %.

Charakteristika dětí s těžkou mentální retardací

Těžká mentální retardace je velmi často důsledkem organického poškození CNS. Často je přítomen značný stupeň narušení motoriky (Bendová, Zíkl, 2011).

Říčan a Krejčířová (1997) dále doplňují, že se těžký stupeň mentální retardace často vyskytuje u dětí s kombinovaným postižením. Psychomotorický vývoj dětí s těžkou mentální retardací bývá výrazně opožděn již v útlém věku.

Řeč se buď vůbec nevytvoří, nebo zůstává na úrovni pudových hlasových projevů (Bendová, Zíkl, 2011). Důležité je zaměření na alternativní komunikační systémy, které by dítěti pomohly vyjádřit své potřeby či porozumět základním sociálním situacím.

Pipeková (2006) uvádí, že mezi lidmi s mentální retardací je 7 % lidí s těžkým stupněm mentální retardace.

Charakteristika dětí s hlubokou mentální retardací

U dětí s hlubokou mentální retardací je stejně jako u předchozího stupně mentální retardace většinou zjištěná organická etiologie. Ta s sebou přináší těžké omezení motoriky, narušené zrakové a sluchové vnímání. Byl zaznamenán zvýšený výskyt atypického autismu. U dětí s hlubokou mentální retardací se ve zvýšené míře vyskytuje sebepoškozování (Pipeková, 2006).

Bendová a Zíkl (2011) doplňují, že při výchově dětí s hlubokou mentální retardací se využívá takových momentů, které dítě přiblíží zpět do fáze intrauterinního života. Jedná se o techniky, které jsou založené na bazálně dialogickém vztahu.

Ve vztahu k tomuto tématu zmiňuje Říčan a Krejčířová (1997) to, že děti s hlubokou mentální retardací citlivě reagují na taktilní podněty a zvuky, a to především na emoční tón hlasu.

V celkovém počtu osob s mentální retardací tvoří osoby s hlubokou mentální retardací 1 % (Pipeková, 2006).

1.7.2 Specifika ve vývoji dětí s mentálním postižením

Psychika se vyvíjí i při nejtěžších stupních mentální retardace. Proces učení zůstává i v tomto případě základní podmínkou psychického vývoje (Švarcová, 2006). Každé vývojové období musí být bráno se stejnou důležitostí, s dostatkem vhodných podnětů, neboť *„každé vývojové stadium je nejen výslednicí dosavadního vývoje, nýbrž také základem pro další fázi, kterou svým charakterem modifikuje“* (Vágnerová, 2000, s. 112).

Vnímání

U dětí s mentálním postižením je oslabena základní funkce lidské psychiky, a to potřeba poznávat okolní svět. Tato potřeba je hybnou silou celého psychického vývoje. Vnímání dětí s mentálním postižením je opožděné a omezené, a to především inaktivitou vnímání, kdy dítě s mentálním postižením nevnímá předkládaný objekt se všemi jeho detaily (Bendová, Zíkl, 2011).

Valenta a kol. (2012) popisuje čtyři problémy při vnímání, které jsou typické pro děti s mentálním postižením. Jsou to:

- **zpomalenost tempa vnímání a zúžení rozsahu vnímání**, kdy dítě s mentálním postižením setrvává ve fázi vnímání detailů;
- **nediferencovanost počitků a vjemů** je příčinou nedokonalého rozlišování figury a pozadí, které vnímají jako jeden celek;
- **nedostatečné vnímání prostoru a času**;
- **inaktivita vnímání**.

Vývoj a diferenciaci sluchového vnímání je pomalejší, což vede k opožděnému utváření řeči, které se paralelně projevuje v opožděném psychickém vývoji (Švarcová, 2006).

Švarcová (2006) popisuje základní prostředky pro zlepšování vjemů a počitků u dětí s mentálním postižením. Radí mezi ně obohacování životních zkušeností, rozšiřování okruhu znalostí a představ. Nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání dítěte a tím zpomaluje rozvoj jeho myšlení, čímž prohlubuje mentální postižení dítěte. Právě děti s postižením bývají vázány na úzký prostor a stejným okruhem lidí, ve kterém se ne

vždy mohou zcela samostatně projevit a konfrontovat se tak s novými podněty (Vágnerová, 2000).

V tomto ohledu by měl být brán zřetel na prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, ve kterém se pohybuje, a to jak materiální, tak především lidské. To musí dítěti poskytovat potřebné zázemí a bezpečí, ale zároveň umožňovat poznávat život v jeho nejrozličnějších podobách.

Myšlení

Bendová a Zikl (2011) charakterizují myšlení dětí s mentálním postižením jako stereotypní, rigidní, vázané především na konkrétnost. Vyšší abstrakci či generalizaci nejsou děti s mentálním postižením ve svém myšlení schopni užívat. Podle Vágnerové (2000) je konkrétní myšlení myšlením na úrovni názorných obrazů, které ale nerozlišuje společné znaky.

Švarcová (2006) uvádí, že děti s lehkou mentální retardací se v myšlení mohou dostávat za hranice konkrétnosti. Většinou je první abstrakcí abstrakce barvy, což je v celkovém rozvoji myšlení značný pokrok. Další abstrakcí je počet. Tato abstrakce začíná zpravidla rozlišením určitého množství na „hodně“ či „málo“.

Schopnost zobecňování je velmi omezená nebo dokonce žádná. Osvojení pravidel a pojmů, které se pak dají aplikovat na další úkoly je tedy značně problematické. Často se pak jedná o mechanické naučení určitých pravidel, která pak dítě s mentálním postižením není schopno samo použít pro další, podobné jevy (Švarcová, 2006).

Myšlení se rozvíjí na podkladě názorných a sluchových představ, zkušenosti se zacházením s předměty, zkušenosti s komunikací a rozvojem řeči, jejíž rozvoj je u dětí s mentálním postižením nedostatečný. Nedostatky v těchto oblastech úzce souvisí s nízkou úrovní rozvoje myšlení (Švarcová, 2006).

Paměť

Paměť je jednou z psychických funkcí, která se vyznačuje svou výběrovostí, což znamená, že si pamatujeme to podstatné nebo výrazné. Děti s mentálním postižením většinou nejsou schopné orientovat se v množství nových informací a neprovedou

jejich selekci. Vzniká tak roztržštěný soubor určitých vědomostí, které nejdou dobře využít v každodenním životě (Valenta a kol. 2012).

Paměť dětí s mentálním postižením má svá specifika v osvojování nových poznatků, které je pomalé a musí být podpořeno vícenásobným opakováním. U dětí s mentálním postižením také mnohem rychleji vyhasínají podmíněné spoje. To pak souvisí se ztíženým znovuvybavením si osvojeného (Bendová, Zíkl, 2011).

Je tedy důležité, aby se při výuce nově i dříve osvojené poznatky neustále a rozmanitými prostředky opakovaly.

Paměť je stejně jako u všech dětí předškolního věku mechanická, krátkodobá a konkrétní. Rozdíl je patrný ve vstípení, které není u dítěte s mentálním postižením takového rozsahu a je dáno také nedostatečnou úrovní poznávání (Vágnerová, 2000).

Emocionalita

Podle Švarcové (2006) je většina dětí s mentálním postižením emočně nevyspělá, přičemž jejich chování připomíná chování dětí nižší věkové úrovně. Je proto důležité, aby přístupy zaměřené na tuto skupinu dětí tuto skutečnost respektovaly. Samotné city souvisí s potřebami a jejich uspokojováním. Ty pak vyvolávají buď kladné, nebo záporné prožitky. Další charakteristikou citů dětí s mentálním postižením je častá neadekvátní reakce na podnět. Často se vyskytují přechody z jedné nálady do druhé a zvýšená ulpívavost, která je vysvětlována egocentrickou povahou citů. Ve výchově dítěte s mentálním postižením je důležité se zaměřit na utváření a rozvoj morálních citů.

Děti s mentálním postižením jsou zvýšeně citlivé na emoční podněty z okolí, zejména pak na konflikty či napětí v rodině. Jelikož mají sníženou frustrační toleranci, podléhají snadněji panickým, agresivním či únikovým reakcím (Valenta a kol., 2012).

Emoce jsou v životě dětí s mentálním postižením velice významné, jelikož patří mezi nejvýznamnější motivační činitele jejich vývoje. Prožívání pozitivních emocí v mnohém zvyšují životní jistoty dětí. Právě převládající prožitky se postupně upevňují a vytvářejí určité rysy povahy dítěte (Švarcová, 2006).

Volní vlastnosti

Podle Bendové a Zikla (2011) je pro dítě s mentálním postižením typické, že vůle dítěte je nedostatečná a volní vlastnosti jsou celkově snižené. Dosahování nějakého cíle je pro dítě velice náročné, a to také z důvodů nižší schopností sebekontroly, zvýšenou impulzivitou či pasivitou.

Při výchově a vzdělávání dětí s mentálním postižením je nejdůležitější oboustranně pozitivní vztah, vhodné prostředí a především adekvátní motivace s jasně rozkrokovánými úkoly, za jejichž splnění by měla následovat předem dohodnutá odměna, která může být různého charakteru. Tímto způsobem pak můžeme pozitivně podněcovat volní vlastnosti dítěte.

2 ŠKOLNÍ ZRALOST

V této kapitole se zaměříme na školní zralost a připravenost a jejich rozdíly vnímaný několika autory. Porovnáme také české a zahraniční pojetí školní zralosti. Dále si uvedeme složky školní zralosti a jejich charakteristiky na konci předškolního období. Důležitou součástí této kapitoly bude problematika školní zralosti dětí s mentálním postižením.

2.1 Vymezení pojmu

Bednářová a Šmardová (2011a, s. 2) vymezují školní zralost jako „*dosažení takového stupně vývoje (v oblasti fyzické, mentální, emocionálně-sociální), aby se dítě bylo schopno bez obtíží účastnit výchovně-vzdělávacího procesu; nebo alespoň bez větších obtíží, nejlépe s radostí a dychtivostí*“.

Podobně definují školní zralost i Říčan a Krejčířová (1997, s. 225): „*školní zralost znamená dosažení takového stupně vývoje, který umožňuje dítěti se zdarem si osvojovat školní znalosti a dovednosti*.“

Připojujeme ještě vymezení školní zralosti Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 104), ve kterém za školní zralost považujeme „*takový stav somato-psycho-sociálního vývoje dítěte, který je výsledkem úspěšně dovršeného vývoje celého předchozího období útlého a předškolního dětství a je vyznačen přiměřenými fyzickými a psychickými dispozicemi pro požadovaný výkon ve škole a je doprovázen pocitem štěstí dítěte a který je současně dobrým předpokladem budoucího úspěšného školního výkonu a sociálního zařazení*.“

Šmelová a kol. (2012) upozorňují na skutečnost, že někteří autoři používají termín školní zralost a školní připravenost jako pojmenování téhož. Jedná se také o autory výše z miněných definic školní zralosti.

Vágnerová (2012) termíny školní zralost a školní připravenost vysvětluje odlišně. **Školní zralost** spojuje především se zráním CNS, které se projeví ve zlepšení regulačních kompetencí, zvýšením emoční stability a odolnosti vůči zátěži. Dále také ovlivňuje lateralizaci ruky, rozvoj motorické a senzomotorické koordinace. Dostatečná zralost CNS je pak podmínkou účinnějšího učení a umožňuje lepší využitá schopností dítěte. K pojmu **školní připravenosti** řadí celkový postoj ke škole

a hodnotu, kterou rodina zaujímá ve vztahu ke školnímu vzdělávání. V neposlední řadě pak také sociální připravenost, která zahrnuje sociální dovednosti jako vytváření přijatelných vztahů s lidmi různého věku a v různých pozicích a zároveň dodržovat určená pravidla.

Všechny výše zmíněná vymezení a definice školní zralosti mají společné to, že pohlíží na problematiku školní zralosti především ze strany dítěte samotného, popř. jeho rodiny. Zkoumá se a posuzuje se jeho zralost a připravenost pro zahájení školní docházky a případné deficity se snažíme napravovat, aby dítě do školy v nejlepším případě vstupovalo školsky zralé. V těchto případech jsou škola a její požadavky vnímány především jako neměnné a závazné.

Mertin a Krejčová (2013, s. 157) se k vymezení školní zralosti vyjadřují následovně: *„Školní zralost je výsledná způsobilost dítěte zahájit úspěšně vzdělávání v ZŠ. Je dána úrovní percepčně-kognitivních, sociálních, pracovních i zdravotních předpokladů na straně dítěte. Podstatnou roli při rozhodování o školní zralosti hrají rovněž okolnosti na straně školy (např. počet dětí ve třídě, kvalifikace učitele, ochota a dovednost učitele pracovat s jedinečností dětí) a rodiny (tj. význam vzdělání pro život, vzdělávací podnětnost, vůle a možnost podpořit dítě).“*

Právě toto vymezení, které přihlíží také k okolnostem na straně školního zařízení, do kterého má dítě nastoupit je velice aktuální. Má totiž v sobě již myšlenku inkluzivně pojímané pedagogiky.

V americké literatuře se ve vztahu ke školní zralosti objevují definice školní zralosti, které k faktorům školní zralosti řadí nejen dítě a jeho vývoj, rodinu či výchovné prostředí. Stejně velký důraz je také kladen na školy samotné, do kterých přicházejí děti z různého prostředí či na rozdílné vývojové úrovni.

Jako první příklad zahraničního chápání školní zralosti uvádíme definici podle Maxwella a Clifforda (2004, s. 1, překlad vlastní): *„Školní zralost v nejširším slova smyslu zahrnuje děti, jejich rodiny, prostředí, ve kterém vyrůstají, školy a společnost. O dětech nelze říci, že jsou pro školu přirozeně připraveny či nepřipraveny. Jejich vývoj a dovednosti jsou silně ovlivněny rodinami, interakcí s ostatními lidmi a prostředím ve kterém se pohybují...Školy jsou důležitou součástí komplexu připravenosti, jelikož jednotlivé školy mají různá očekávání ohledně školní zralosti.“*

Dítě se stejnými schopnostmi a potřebami může být v jedné škole považováno za připravené a v další za nepřipravené. Je povinností školy, aby vzdělávala všechny děti, které dosáhly odpovídajícího věku, a to bez ohledu na jejich schopnosti. “

Toto vymezení vystihuje důležitost prostředí, ve kterém se dítě vyvíjí a také důležitost přístupu školy, do které dítě nastupuje. Takové pojetí školní zralosti chápe dítě jako jedinečnou bytost se silnými i slabými stránkami, která přichází do prostředí školy, ve které je jedinečnost přijímána a nikoliv vyčleňována.

Lewit a Schuurmann Baker (1995, překlad vlastní) zmiňuje dva odlišné pojmy, a to *připravenost k učení* a *připravenost na školu*. Připravenost k učení lze vymezit jako určitý stupeň vývoje, na kterém je jedinec schopný osvojit si specifické znalosti. Samotná schopnost naučit se něčemu ale nemůže zaručit úspěšné zvládnutí školy. Připravenost na školu pak vysvětluje jako připravenost dítěte zvládnout nároky konkrétní školy, které se ale mohou podle školy výrazně odlišovat. Pojem připravenosti na školu ztrácí na významu ve školách s pružným školním systémem, které jsou otevřeny všem dětem bez ohledu na jejich rozdílnost.

High (2008, překlad vlastní) popisuje čtyři odlišné pohledy na školní zralost:

- **Idealisticko - nativistický pohled** – podle kterého je dítě školsky zralé, když dozraje do takové úrovně, ve které zvládá sebeovládání, vzájemné vrstevnické vztahy a dokáže postupovat podle pokynů. Celý tento proces je dán endogenními faktory. Prostředí v tomto pohledu hraje pouze malou roli.
- **Empiricko – environmentální pohled** – zralost dětí je podmíněna tím, co již vědí (barvy, tvary, počítání...) a jak se chovají. To je chápáno jako přímý důsledek toho, co si dítě osvojilo.

Pro oba tyto pohledy je společné, že dítěti, které ve škole selhává, má být poskytnut delší čas pro zrání nebo pro osvojování poznatků. Řešením také může být zařazení dítěte do méně náročných programů.

- **Sociálně – konstruktivistický pohled** – tento pohled odmítá myšlenku, že zralost je endogenní proces nebo soubor určitých znalostí. Zralost vidí v sociálních a kulturních podmínkách. Tento pohled se zaměřuje především na společnost, její hodnoty a očekávání než na dítě samotné. Možný problém

tohoto problému může být ten, že se dostatečně nezaměřuje na dítě jako na individualitu.

- **Interakční model** – je zaměřen jak na dítě, tak i na prostředí a na probíhající interakci mezi nimi. Myšlenkou této teorie je, aby každému dítěti bylo umožněno učit se. Klade důraz na to, že vzdělávací úspěch závisí na vztahu mezi školou (resp. učitelem) a dítětem.

Pokud se změní podmínky společného vyučování, a to např. malým počtem žáků ve třídách, individuálnější nároky, mohou se podstatným způsobem měnit i kritéria stupně vývoje dítěte, potřebného ke zvládnutí nároků školy (Mertin, Krejčová, 2013).

2.2 Složky školní zralosti

Jak je z výše uvedených definic patrné, je školní zralost souborem několika oblastí, které se mohou vzájemně ovlivňovat. Podle Šmelové a kol. (2012) jsou jednotlivé složky školní zralosti následující:

- Tělesná (biologická) zralost
- Kognitivní (duševní, rozumová) zralost
- Emocionální, motivační a sociální zralost

2.2.1 Tělesná (biologická) zralost

Biologické zrání je přímo závislé na věku dítěte a dále pak na individuálních zvláštностech každého dítěte. Vnějšími faktory se dá měnit jen málo a spíše jen za extrémních podmínek (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Šmelová a kol. (2012, s. 74) jmenuje znaky tělesné zralosti, které bývají posuzovány v období před vstupem do školy:

- věk dítěte, jeho výška a hmotnost;
- dokončení tzv. první strukturální přeměny (zahrnuje vymizení dětské zaoblenosti, dítě se vytahuje, hrudník se zřetelněji odlišuje od břicha, prodlužují se končetiny, dochází k osifikaci ruky, upevnění zádového svalstva a započetí výměny dentice);
- stav celkového zdraví dítěte;

- zrání dětského organismu, především CNS, které je předpokladem pro mnoho dalších funkcí.

Věk dítěte se v době nástupu do první třídy pohybuje nejčastěji mezi šestým a sedmým rokem věku dítěte. V praxi to pak vypadá tak, že se v jedné třídě mohou sejít děti čerstvě šestileté a děti, kterým je třeba sedm a půl roku. Mezi dětmi pak vznikají větší či menší rozdíly, které mohou přímo souviset s rizikem školních obtíží či selháním (Říčan, Krejčířová, 1997).

Bednářová a Šmardová (2011a) upozorňují, že tělesná vyspělost, tedy váha a výška nemůže být považována za prvořadý nebo dokonce jediný ukazatel při posuzování školní zralosti, nicméně je vhodné k němu přihlížet. Drobnější fyzické konstituci bývá připisována větší unavitelnost, menší odolnost vůči psychické zátěži či ve vztazích mezi fyzicky vyspělejšími spolužáky. Posouzení tělesné zralosti by se mělo spíše zaměřit na děti s výraznějšími rizikovými faktory (předčasně narozené děti, s nerovnoměrným vývojem, chronická onemocnění...).

Celkový motorický projev dítěte začíná být ukázněnější, cílenější oproti předchozímu vývojovému období, kdy se u dítěte vyskytovalo mnoho nadbytečných a bezúčelných pohybů (Říčan, Krejčířová, 1997).

2.2.2 Kognitivní (duševní, rozumová) zralost

Do této skupiny můžeme zařadit následující schopnosti:

- grafomotorika a kresba;
- řeč;
- sluchové vnímání;
- zrakové vnímání;
- vnímání prostoru;
- vnímání času;
- základní matematické představy (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Grafomotorika a kresba

Kresba dítěte poskytuje mnoho informací. Můžeme z ní vypožorovat celkovou vývojovou úroveň, úroveň jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky, úroveň

zrakového a prostorového vnímání, vztahy a postoje dítěte. Také se může stát komunikačním prostředkem či terapeutickým nástrojem. Úroveň jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky jsou jedním z důležitých kritérií při posuzování školní zralosti. Při posuzování této oblasti sledujeme tyto položky:

- **Spontánní kresba:** sleduje zájem dítěte o kresbu, jaké kreslí náměty, kresba lidské postavy, dům.
- **Grafomotorické prvky:** dítě kreslí „zuby“ a horní smyčku.
- **Návyky při kreslení:** jak dítě drží psací náčiní a je-li navozen špetkový úchop, postavení ruky při kreslení, uvolnění ruky, tlak na podložku a plynulost tahů.
- **Lateralita:** lateralita ruky a lateralita oka (Bednářová a Šmardová, 2011a).

Řeč

V době, kdy se dítě připravuje na vstup do školy, tedy kolem šestého roku, by podle Klenkové a Kolbábkové (2003) mělo být schopno zopakovat delší větu, pojmenovat předměty kolem sebe a určit k čemu se používají a tvoří nadřazené pojmy. Dítě dokáže samostatně vyprávět kratší příběh. Výslovnost většiny hlásek by měla být správná, ale stále ještě může přetrvávat špatná výslovnost některých hlásek, především sykavek a vibrant. V období zahájení školní docházky by dítě mělo používat okolo tří tisíc slov. Mělo by také chápat a dokázat plnit složitější požadavky.

Řeč se skládá z jazykových rovin, ve kterých by dítě na počátku školní docházky mělo dosáhnout následující úrovně:

- **Foneticko-fonologická rovina:** zahrnuje sluchové rozlišování hlásek, jejich výslovnost, artikulační obratnost či plynulost řeči.
- **Lexikálně-sémantická rovina:** dítě dobře rozumí instrukcím i řeči při běžném hovoru, má přiměřenou slovní zásobu, popíše, co je na obrázku, pozná a pojmenuje nesmysl na obrázku, vypráví příběh nebo pohádku bez vizuální opory, definuje význam pojmu, tvoří protiklady, tvoří nadřazené pojmy, tvoří slova podobného významu.
- **Morfologicko-syntaktická rovina:** dítě mluví ve větách a souvětích, užívá všechny druhy slov, mluví gramaticky správně, pozná nesprávně utvořenou větu, doplní slovo ve správném tvaru.

- **Pragmatická rovina:** dítě přirozeně navazuje verbální kontakt, dokáže vést dialog, řekne své jméno, příjmení, věk a bydliště, užívá oční kontakt (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Vágnerová (2012) upozorňuje, že pokud dítě nemá dostatečně rozvinutou jazykovou kompetenci, může pro ně být obtížné plynule rozumět výkladu učitele či je chápat odlišně. Velmi důležitý je také kvalitní jazykový model v rodině. Právě v rodině si dítě osvojuje novou slovní zásobu, učí se plynule vyjadřovat a sdělovat své myšlenky.

Sluchové vnímání

Vágnerová (2012) označuje schopnost dítěte rozlišovat zvukovou podobu mluvené řeči jako **fonologickou senzitivitu**. Tato schopnost dozrává mezi pátým a sedmým rokem věku dítěte, k čemuž přispívá i zkušenost s mluvenou řečí. Výsledkem zralé fonologické senzitivity je pak schopnost dítěte rozlišovat jednotlivé fonémy. To je velice důležité při výuce čtení a psaní. Další schopností, která se zpřesňuje, je **fonologická diferenciac**e, která je důležitá při rozlišování znění různých hlásek a slabik. Děti při začátku školní docházky většinou zvládají rozlišovat délku samohlásek, ale rozlišení měkkých a tvrdých slabik, znělých a neznělých hlásek ještě zcela neovládají.

Bednářová a Šmardová (2011a) dále zmiňují **naslouchání**, které souvisí s vývojem řeči, koncentrací pozornosti a odlišením figury a pozadí. Schopnost naslouchat je důležitá také ze školního hlediska, jelikož mnoho poznatků a informací přijímá dítě sluchem. Odlišení **figury a pozadí** souvisí se schopností zaměřit pozornost určitým směrem a vyčlenit určitý sluchový podnět ze shluky. Pro učení je potřeba zachytit, zpracovat a uchovat informace, které přicházejí sluchem. K tomuto účelu slouží **sluchová paměť**. Sluchová paměť slouží například při zapamatování instrukcí a pokynů nebo při reprodukci slyšeného. V oblasti sluchového vnímání by školsky zralé dítě mělo zvládat naslouchat příběhu či pohádce, rozlišovat dvojice slov a následně bezvýznamných slabik lišící se délkou, znělostí, měkkým nebo tvrdým „i“, určit rýmující se dvojice, určit počet slabik ve slově, určit první a poslední hlásku ve slově, zopakuje větu z více slov, zopakuje čtyři nesouvisející slova a napodobí rytmus.

Zrakové vnímání

Úroveň zrakového vnímání je velice důležitým předpokladem pro budoucí nácvik čtení a psaní.

Vývojově se zlepšuje schopnost ovládat akomodaci oční čočky. Zaostřování na blízko více zatěžuje pozornost dítěte, tudíž vydrží u činnosti ne příliš dlouho. Kolem šestého roku věku dítěte dozrává schopnost koordinace očních pohybů. Jedná se o to, že dítě koordinuje pohyby očí tak, aby dobře vidělo to, co vidět potřebuje. V období zahájení školní docházky by dítě mělo být schopno vnímat celek jako soubor částí. Jsou tedy schopny rozložit celek na části a najít jednotlivé detaily. Dále je důležité, aby dítě dokázalo rozpoznat rozdíly vertikální polohy a horizontální polohy. Lokalizaci detailů ve vertikální poloze zvládne dítě dříve, než detaily v horizontální poloze (Vágnerová, 2012).

Šmardová a Bednářová (2011a) dále zmiňuje rozlišování figury a pozadí. Kdy se dítě soustředí na potřebný zrakový podnět - figuru, který může být třeba obsažen ve shluku jiných podnětů - pozadí. Podle potřeby se pak figura může stát pozadím a prvek z pozadí zase figurou. Na počátku školní docházky by dítě mělo zvládat přiřadit odstíny barev a pojmenovat je, vyhledat tvar na pozadí, odlišit shodné a neshodné dvojice lišící se detailem, vertikální a horizontální polohou, poskládat obrázek z několika částí, doplní chybějící část obrázku a používá zrakovou paměť.

Vnímání prostoru a času

Vnímání prostoru se u dítěte rozvíjí na základě dlouhodobých motorických, zrakových, sluchových, hmatových a řečových zkušeností. Do prostorového vnímání můžeme zahrnout odhad a zapamatování si vzdálenosti, porovnání velikosti, vzájemný poměr velikostí jednotlivých celků a částí. Při zahájení školní docházky by dítě mělo umět používat pojmy „nahore“ a „dole“, „vpředu“ a „vzadu“, „vpravo“ a „vlevo“, „první“ a „poslední“ (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Vnímání času má pro dítě na začátku školní docházky konkrétní význam, který posuzuje ve vztahu k určitému dění, konkrétní činnosti, kterou dítě v určitou dobu pravidelně vykonává (Vágnerová, 2012).

Dítě při zahájení školní docházky by mělo být schopno seřadit děj podle časové posloupnosti, vyjmenovat, co se stalo dříve, co později a naposled. Dítě by se mělo základně orientovat ve dnech v týdnu a dokázat přiřadit typické znaky pro určité roční období (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Základní matematické představy

Každé dítě na konci předškolního období má vytvořenou určitou představu o tom, co je to „číslo“. Děti vědí, že číslo slouží k označení určitého počtu. V tomto věku je dítě schopno vyjmenovat různě dlouhou číselnou řadu, která je ale založena pouze na mechanickém zapamatování názvů čísel. Logiku číselné řady začínají děti chápat obvykle až v průběhu školní docházky (Vágnerová, 2012).

Při zahájení školní docházky by dítě mělo být schopno chápat pojem „stejně“, „více“ a „méně“, seřadit prvky podle velikosti, chápat význam pojmů „největší“, „nejmenší“, „prostřední“, třídit prvky podle kritérií, poznat, co do skupiny nepatří, vyjmenovat číselnou řadu, poznat základní geometrické tvary (Bednářová, Šmardová, 2011a).

2.2.3 Emocionální, motivační a sociální zralost

Emocionální, motivační a sociální zralost představuje velice podstatnou součást školní zralosti, neboť z velké části zaručují to, že se dítě ve školním prostředí bude cítit jako jeho součást a mělo by si umět poradit s nejrůznějšími situacemi, které mohou nastat.

Tato zralost je zejména důležitá v následujících situacích:

- adaptace na školní prostředí a její režim;
- seberegulace a reakce na okamžité impulzy;
- pracovní tempo, kladný přístup k učení, ochota spolupracovat;
- přijetí nové role žáka a spolužáka, začlenění do skupiny vrstevníků;
- určitá emocionální stabilita a odolnost vůči frustracím;
- přiměřená sebedůvěra a kladný postoj ke své osobě (Šimíčková Čížková, 2005).

Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují, že emoční zralost souvisí s mentální výkonností. Dítě předškolního věku ještě není schopné splnit více úkolů najednou, pokud v sobě nemají citově kladný prvek, který vystihuje přání dítěte (např. odměna).

S emoční zralostí pak přímo souvisí zralost úkolová neboli „zralost pro práci“. Děti ve svém vývoji přirozeně přechází od zaměstnání, které má čistě hraví charakter k činnosti, která vyžaduje větší vytrvalost a cílevědomost. Na počátku školní docházky by dítě mělo být schopné dokončit i úkol, který není až tak zajímavý a vyžaduje i určitou vytrvalost.

V oblasti sociální zralosti se od dítěte očekává, že se dokáže na delší čas odloučit od své rodiny a podřídit se cizí autoritě v podobě učitele. Také začlenění do skupiny spolužáků a vzájemná komunikace mezi nimi vyžaduje patřičnou úroveň sociální zralosti. Ostatně k tomuto všemu přispívá i pobyt dítěte v mateřské škole, kdy je konfrontováno s vrstevnickou skupinou i cizí autoritou.

2.3 Specifika školní zralosti u dětí s mentálním postižením

V našem prostředí stále ještě převládá myšlenka, že zralé pro školu má být především dítě samotné, což je předpoklad pro to, aby úspěšně zvládlo nároky školy.

V zahraniční literatuře se často objevuje pojem „připravenost školy“. Je tím myšleno to, aby škola byla připravena přijímat různé děti, jejichž schopnosti nebudou na stejné úrovni a které se mohou lišit v nejrůznějších rovinách.

Maxwell a Clifford (2004, s. 2, překlad vlastní) popisují deset zásad, které charakterizují „připravenou školu“:

- Škola usnadňuje hladký přechod mezi domovem a školním prostředím a respektuje přitom kulturní specifika.
- Má snahu o kontinuitu mezi vzděláváním v předškolním období a základní školou.
- Využívá kvalitní výuku, vhodnou stimulaci a chápe, že učení probíhá prostřednictvím vztahů.
- Škole záleží na úspěchu každého dítěte s ohledem na individuální potřeby každého dítěte, včetně důsledků chudoby a příslušnosti k určité etnické skupině a tyto speciální potřeby dětí se snaží naplňovat v rámci běžné školní třídy.
- Škole záleží na každém učiteli.
- Zavádí postupy, které zvyšují úspěšnost jako třeba zapojení rodičů nebo včasné intervence pro děti, které zaostávají.

- Obměňuje programy a postupy, pokud se v rámci výuky neosvědčí jejich přínos.
- Škola je spoluodpovědná za výsledky.
- Škola má pevné vedení.

Děti s mentálním postižením budou při posuzování školní zralosti zákonitě vykazovat různé nápadnosti, které se budou odvíjet z jejich stupně postižení. Je tedy důležité zabývat se tím, co chceme posouzením školní zralosti dítěte s mentálním postižením vlastně zjistit. Výsledkem posouzení školní zralosti by určitě neměl být popis toho, co všechno dítě nezvládá a v čem selhává, ale naopak to, co mu jde dobře a na co lze tedy navazovat v průběhu školní docházky.

High (2008, překlad vlastní) popisuje šest mýtů, které se týkají školní zralosti:

- Učení probíhá pouze ve škole.
- Zralost je podmínkou každého dítěte.
- Zralost je lehce měřitelná.
- Zralost je většinou otázkou času (zrání) a některé děti ho potřebují trochu více.
- Dítě je zralé, pokud dokáže tiše sedět za stolem a naslouchat.
- Nezralé dítě nepatří do školy.

Posuzování školní zralosti dítěte s mentálním postižením by mělo znamenat snahu o pochopení dítěte jako jedinečné bytosti se svými klady i zápory. Je důležité, aby bylo na školní zralost u dítěte s mentálním postižením nahlíženo komplexně, nikoli pouze na dílčí aspekty školní zralosti, které by takové dítě znevýhodňovaly.

Přinosilová (2007, s. 132) zmiňuje následující informace, které jsou důležité k zařazení dítěte do školního vzdělávání:

- Příčina vzniku mentální retardace;
- závažnost mentální retardace;
- současná přítomnost dalších zdravotních postižení;
- dosavadní průběh vývoje;
- osobní psychomotorické tempo;
- přístup k řešení úkolů;
- úroveň komunikačních schopností;
- úroveň samostatnosti v sebeobsluze;

- schopnosti sociální přizpůsobivosti;
- stabilita a úroveň emoční oblasti.

Z výše uvedených informací vyplývá, že posuzování školní zralosti u dítěte s mentálním postižením není a ani nemůže být záležitostí rutinní, rychlou či povrchní. Aby byla osobnost dítěte pochopena v celém svém komplexu je potřeba se na ni zaměřit ze všech možných úhlů. Blíže se budeme tomuto tématu věnovat v následující kapitole.

3 DIAGNOSTIKA ŠKOLNÍ ZRALOSTI

Následující kapitola bude zaměřena na oblast diagnostiky školní zralosti. Na začátku se budeme věnovat diagnostice samotné, a to jak speciálně pedagogické, tak i psychologické. Dále se zaměříme na konkrétní diagnostické nástroje, které jsou využívány k diagnostice různých oblastí souvisejících s problematikou posouzení školní zralosti. Závěrečnou část této kapitoly věnujeme dynamické diagnostice, jako možnému přístupu k diagnostikování dětí s mentálním postižením.

3.1 Pojetí diagnostiky

„Diagnostika je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je diagnóza.“ (Přinosilová, 2007, s. 10)

Toto vymezení zdůrazňuje, že samotná diagnóza by měla být výsledkem komplexního a mnohostranného zkoumání. Je důležité, aby se na určitou problematiku nenahlíželo z jednoho úhlu pohledu, neboť by se jednalo o pohled omezený a tedy nevhodný pro využití v praxi.

Přinosilová (2007) upozorňuje na rozdíl mezi speciálně pedagogickou diagnostikou, která se týká diagnostiky, kterou provádí speciální pedagog a diagnostikou ve speciální pedagogice. Diagnostikou ve speciální pedagogice je myšlena komplexní diagnostika, která zahrnuje diagnostiku lékařskou, psychologickou, sociální a speciálně pedagogickou.

V následujícím textu se zaměříme na popis jednotlivých diagnostik v rámci různých oborů, které jsou zahrnuty do komplexu celkové diagnostiky.

3.1.1 Lékařská diagnostika

Cílem lékařské diagnostiky je uzdravení, zlepšení nebo zamezení zhoršení zdravotního stavu pacienta. To se děje za pomoci nejrůznějších prostředků a metod. Tato diagnostika má ve vztahu ke speciální pedagogice důležité postavení, jelikož právě lékař určuje druh a závažnost zdravotního postižení (Přinosilová, 2007).

3.1.2 Psychodiagnostika

Svoboda a kol. (2001, s. 13) definuje psychodiagnostiku jako „*aplikovanou psychologickou disciplínu, jejímž úkolem je zjišťování a měření duševních vlastností a stavů, popřípadě dalších charakteristik individua. Je těsně spjata s psychologií osobnosti a s diferenciální psychologií.*“

Oproti lékařskému pojetí diagnostiky, které se zabývá patologií, se psychologická diagnostika zabývá zjištěním, popisem a utříděním všech charakteristik jedince, tedy patologických i „normálních“ (Svoboda a kol., 2001).

Cílem diagnostické činnosti může být:

- určení stupně vývoje;
- zjištění příčin odchýlného vývoje od věkové normy;
- zjištění individuálních zvláštností osobnosti;
- zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů;
- prognóza nebo predikce (Svoboda a kol., 2001).

Ve vztahu k tématu naší práce je pro nás z oblasti psychologické diagnostiky významná zejména poradenská psychologická diagnostika, především její následující hlavní kategorie:

- **Hodnocení schopností**, do kterého spadá celková úroveň inteligence, hodnocení paměti a pozornosti.
- **Posouzení znalostí a dovedností** dítěte, které se zaměřuje na výchovně-vzdělávací vlivy, působení rodiny a školy.
- **Hodnocení osobnostní struktury a emočního prožívání**, ve kterém se hodnotí především zvláštnosti, které mohou jedince různě ovlivňovat. Posuzuje se také sebehodnocení, motivace a postoje ke školní práci.
- **Hodnocení socializační úrovně** se zaměřuje na společenské vztahy a na překážky, které se v interakci se sociálním prostředím mohou vyskytnout (Vágnerová, Klégrová, 2008).

3.1.3 Sociální diagnostika

Sociální diagnostika jako součást komplexní diagnostiky se zaměřuje na následující údaje:

- rodinná a osobní anamnéza;
- funkčnost rodiny nebo instituce;
- sociální vztahy v rámci užšího sociálního prostředí;
- sociální vztahy v rámci širšího sociálního prostředí.

Cílem sociální diagnostiky je posouzení vlivů sociálního prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje (Přinosilová, 2007).

3.1.4 Speciálně pedagogická diagnostika

Michalík a kol. (2012) vymezuje speciálně pedagogickou diagnostiku jako *„proces zjišťování podmínek, průběhu a výsledků výchovy a vzdělávání jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami a určování vlivu postižení na jejich vychovatelnost a vzdělavatelnost.“*

Cílem speciálně pedagogické diagnostiky je posouzení speciálních vzdělávacích potřeb jedince a na základě výsledků jsou stanoveny postupy edukace a reedukace (Michalík a kol., 2012).

Ve speciálně pedagogické diagnostice se zaměřujeme na úroveň a schopnosti jedince v následujících oblastech:

- hrubá a jemná motorika;
- grafomotorika a kresba;
- laterálita;
- sebeobsluha;
- komunikační schopnost;
- úroveň rozumových schopností ve vztahu k možnostem vzdělávání;
- citová a sociální oblast jedince (Přinosilová, 2007).

3.1.5 Diagnostické metody

Diagnostické metody se podle Svobody a kol. (2001) mohou dělit na klinické a testové.

3.1.5.1 Klinické metody

Klinické metody nejsou standardizované a nejsou vázány přísnými pravidly. Získané výsledky nemají charakter numerických dat, ale jsou kvalitativní povahy. Na jedné

straně je zde riziko subjektivního zkreslení, na straně druhé stojí fakt, že skrze tyto metody můžeme narazit na mnoho jinak nezachytitelných informací. Klinické metody jsou zaměřeny na poznání konkrétního jedince, a to v celé jeho komplexnosti a jedinečnosti. Tyto metody vidí jedince v dynamice vývoje (Vágnerová, Klégrová, 2008; Svoboda a kol., 2001).

Ke klinickým metodám řadíme:

1. Pozorování

Pozorování je nezbytnou součástí každého vyšetření, ale i každé interakce mezi dvěma jedinci. Pozorování jako diagnostická metoda není výsadou jenom odborníků, ale také třeba rodičů při pozorování projevů jejich dětí. Je poměrně časté, že rodiče a učitelé vyplňují pozorovací arch k vyšetření dítěte, jelikož toto pozorování má také významnou diagnostickou hodnotu.

Metoda pozorování „spočívá v záměrném a plánovitém vnímání, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle.“ (Svoboda a kol., 2001, s. 32)

Pozorování je komplexní diagnostická metoda. Pro to, aby nám pozorování zprostředkovalo určité informace, je třeba, abychom si stanovili cíl pozorování. Pozorování samotné pak může mít charakter volného, orientačního pozorování, kdy si vyšetřující všímá celé osobnosti vyšetřovaného jedince a zaznamenává si to, co ho zaujme nebo to, co považuje v daném případě za důležité. Dalším možným způsobem je specifické, systematické pozorování, při kterém se vyšetřující zaměřuje na konkrétní oblast jedince. Může například sledovat, jak jedinec reaguje na určitý úkol (Vágnerová, Klégrová, 2008).

2. Rozhovor

Metoda rozhovoru je jednou z nejobtížnějších diagnostických metod. Je to také jedna z nejpoužívanějších metod. Rozhovorem se jednak získávají diagnostické informace a také je prostředkem k navázání kontaktu vyšetřovaného s vyšetřujícím. Při vedení rozhovoru je nezbytná individualizace, neboť rozdílní jedinci mohou i rozdílně reagovat na podobné otázky (Svoboda a kol., 2001).

Černá a kol. (2009) popisuje nejčastější chyby při vedení rozhovoru, kterými mohou být autoritativní vystupování odborníka, netrpělivost, unáhlenost a nepřesná interpretace.

Způsob rozhovoru musí vždy respektovat vývojovou úroveň či věk, a proto musí mít vyšetřující velice dobré znalosti z oblasti vývojové psychologie a schopnost takový rozhovor vést (Vágnerová, Klégrová, 2008).

3. Anamnéza

Anamnéza je „zjišťování údajů z minulosti jedince, které mají významný vztah k poznání osobnosti. Jejím cílem je získání a kategorizace relevantních údajů z minulosti, které pomáhají vysvětlit současný stav.“ (Svoboda a kol., 2001, s. 44)

Anamnéza je snímána metodou řízeného rozhovoru. Zjišťována je **anamnéza rodinná**, která zahrnuje údaje o předcích a sourozencích. **Osobní anamnéza** je již přímo o vyšetřované osobě. Zdrojem osobní anamnézy může být vyšetřovaný sám, a pak je tato anamnéza nazývána jako **autoanamnéza** (subjektivní anamnéza). V případě **heteroanamnézy** (objektivní anamnézy) jsou informace o vyšetřované osobě podávány rodičem, prarodičem, učitelem, vychovatelem a dalšími osobami, které jsou s vyšetřovaným v bližším kontaktu. Pro tento typ anamnézy jsou také využívány dotazníky pro učitele či zprávy a záznamy od dalších odborníků (Svoboda a kol., 2001).

4. Analýza spontánních produktů

Analýza spontánních produktů je důležitou součástí sběru diagnostických informací. Informace takto získané lze jen těžko získat jiným způsobem.

Mezi spontánní produkty, které mají diagnostickou hodnotu, řadí Vágnerová a Klégrová (2008) následující:

- Analýza písemných projevů – školní a domácí sešity, rozdíly v písemném projevu v průběhu času, formální stránka písemných prací, četnost a typy chyb.
- Analýza dětských kreseb – především spontánní výtvary, které nevznikly pod vedením, hodnotí se zvolená témata a jejich trvání v průběhu času, způsob provedení kresby.

- Způsob úpravy osobního teritoria – jedná se především o osobní prostor jedince (dětský pokoj...), kde se přihlíží k rozdělení věcí, barevnosti či k vystaveným věcem.

Klinické metody poskytují cenné diagnostické informace, které by často nebylo možné získat jiným způsobem. Při aplikaci klinických metod velice záleží na osobnosti vyšetřovatele, jeho schopnostech a také zkušenostech, neboť se jedná o metody subjektivně posuzované. Zásadní je také celkový postoj a hodnoty vyšetřovatele ve vztahu k problematice, se kterou je během vyšetření konfrontován.

3.1.5.2 Testové metody

Testové metody mají přesně vymezený postup. Zadávání úloh, jejich hodnocení i interpretace výsledků se řídí přesnými pravidly. Test je nástrojem, který za daných podmínek měří určité projevy a výsledky pak porovnává s normami. V hodnocení se užívá kvantitativní interpretace výsledků (Vágnerová, Klégrová, 2008).

Test samotný musí splňovat následující požadavky:

1. Objektivita

Podle Hendla (2009) je objektivita daná tím, jak jsou výsledky nezávislé na vyšetřujícím či vyšetřovaném ve vztahu k úmyslnému či neúmyslnému subjektivnímu zkreslení.

Otázky nebo úkoly a typy odpovědí jsou přesně formulovány, aby se co největší měrou předešlo subjektivnímu zkreslení. Flexibilita ve způsobu aplikace takového testu není příliš velká (Vágnerová, Klégrová, 2008).

2. Reliabilita

Tímto termínem je označována přesnost a spolehlivost měření. Ta se odvíjí od kvality a rozsahu testu, tedy množství otázek a úkolů. Krátké testy nebývají dostatečně spolehlivé. Svou roli hraje také obtížnost úloh či charakter hodnocených funkcí. Výsledky měření by také měly být stabilní v průběhu času. V takovém případě ale nesmí být interval mezi dvěma vyšetřeními moc krátký, ale ani ne příliš dlouhý. Výsledky se ale nemohou zcela shodovat, jelikož sledovaná vlastnost se může,

zejména u dětí, vyvíjet; zkušenost z prvního testování ovlivní to druhé; člověk se v odlišné situaci může projevat odlišně (Vágnerová, Klégrová, 2008).

3. Validita

Dostatečná validita zaručuje to, že měření opravdu měří to, co jsme předpokládali. Podmínkou dobré validity je vysoká reliabilita. Při hodnocení validity rozlišujeme následující tři typy validity:

- Obsahová validita potvrzuje, zda test skutečně měří to, co měřit má. Zjišťuje se důkladnou logickou analýzou jednotlivých položek testu.
- Kriteriační validita zjišťuje míru shody mezi výsledky testu a stanoveným kritériem, přičemž kritériem může být určitý výsledek, který považujeme za projev zkoumané vlastnosti a který je již ověřený.
- Konstruktová validita vysvětluje individuální rozdíly ve výsledcích testu a zjišťuje, zda rozdílné výsledky opravdu závisí na měřených vlastnostech (Vágnerová, Klégrová, 2008; Hendl, 2009).

4. Standardizace

Tímto termínem rozumíme proces, který potvrzuje dostatečnou úroveň reliability a validity, určení jednotné instrukce, způsob administrace, vyhodnocení výsledků a vytvoření norem. Normy samotné pak vymezují průměr, podprůměr a nadprůměr výkonu nebo projevu měřené vlastnosti, a to v reprezentativním souboru populace. Norma pak jednoznačně určuje, jaký výsledek je standardní a jaký spíše výjimečný (Vágnerová, Klégrová, 2008).

Svoboda a kol. (2001) rozděluje testové diagnostické metody do následujících kategorií:

- Vývojová diagnostika
- Testy inteligence
- Testy speciálních schopností
- Neuropsychologické metody
- Projektivní metody
- Kresebné metody
- Dotazníky

- Objektivní testy osobnosti
- Posuzovací škály

3.2 Diagnostika školní zralosti u dětí s mentálním postižením

Cílem diagnostiky školní zralosti u dětí s mentálním postižením není pouze výčet toho, v čem dítě selhává, co mu nejde a v čem bude selhávat. Mělo by jít jednak o zjištění úrovně, na které se dítě nachází a také hledání různých možností a cest, jak využít silné stránky dítěte k tomu, aby se ze současné úrovně posouvalo dál.

Diagnostika školní zralosti dětí s mentálním postižením je v kompetenci speciálně pedagogického centra (SPC), která jsou zaměřena na určitý druh postižení nebo pedagogicko-psychologické poradny (PPP).

Černá a kol. (2009) zdůrazňuje, že cílem diagnostiky není „zaškatulkování“ člověka s mentálním postižením do určité kategorie, ale najít jeho individuální specifické potřeby, ty se pokoušet naplnit a tím člověku umožnit důstojný život ve společnosti.

Diagnostika školní zralosti u dětí s mentálním postižením musí být realizována jako diagnostika komplexní. Nelze tuto oblast redukovat pouze na závažnost mentálního postižení, ale je nutné posoudit i další významné oblasti (osobnost dítěte, dílčí funkce...) (Kucharská a kol., 2007).

Komplexní diagnostika dítěte se pak stává jedním z podkladů při volbě formy vzdělávání dítěte pro plnění povinné školní docházky. To může být realizováno v následujících formách:

- **Individuální integrace;**
- **skupinová integrace** – speciální třída v rámci běžné školy nebo studijní skupina v rámci běžné školní třídy;
- **vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se speciálními potřebami** – žáci s lehkou mentální retardací jsou vzděláváni v **ZŠ praktické** a jejím absolvováním získávají základní vzdělání, žáci se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací jsou vzděláváni v **ZŠ speciální** a jejím absolvováním získávají základy vzdělání;

- **jiný způsob plnění školní docházky – individuální vzdělávání**, kdy je dítě vyučováno v domácím prostředí a do školy dochází každé pololetí na přezkoušení a **vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením**, které je zajišťováno pravidelnými návštěvami pracovníků předem určeného speciálně pedagogického centra či školy (Bendová, Zíkl, 2011).

Velmi zajímavý pohled na problematiku školní zralosti u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami přináší High (2008, překlad vlastní), která popisuje, že v každé společnosti je určité procento dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Ty pak rozděluje na dvě skupiny, a to na skupinu normativní a nenormativní. Do **normativní** skupiny pak řadí děti, které mají určitý druh těžkého postižení, jako jsou děti nevidomé, neslyšící, některé děti s autismem nebo děti s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace. U těchto dětí je pochopitelné, že běžný vzdělávací systém pro ně nemusí být vhodný. Děti, které spadají do normativní skupiny, je asi pouze desetina z celkového počtu dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. **Nenormativní** skupinu pak tvoří většina dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Do této skupiny patří nejčastěji děti s poruchami učení, děti v pásmu lehké mentální retardace a děti se sociálním znevýhodněním. Právě tato nenormativní kategorie je podle autorky především odrazem toho, co je společností vnímáno jako „normální“ než jako důsledek nedostatků ve schopnostech nebo ve vývoji. Autorka dále zdůrazňuje, že pokud budou další typy dětí se speciálními vzdělávacími potřebami vylučovány z hlavního vzdělávacího proudu, protože budou považovány za školsky nezralé, budou se mezi zbývajících dětmi stále snižovat rozdíly a zákonitě pak budou vznikat nové kategorie.

Toto pojetí vnímá úroveň školní zralosti jako celkové nastavení společnosti akceptovat určitou míru rozmanitosti a považovat ji za součást běžného života. V našich podmínkách se podle mého názoru zatím až příliš často setkáváme s neochotou vnímat jinakost jako neodmyslitelnou součást lidského společenství.

3.2.1 Diagnostické nástroje pro posouzení školní zralosti

V našich podmínkách probíhá hodnocení školní zralosti většinou podle následujících bodů:

- **Screeningové posouzení školní zralosti.**

Ke screeningovému vyšetření se nejčastěji používá Kernův Orientační test školní zralosti v úpravě J. Jirásky. Test obsahuje tři úkoly, a to kresbu mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení obrazce vytvořeného z puntíků. Test lze zadávat individuálně i skupinově. K hodnocení se používá pětibodový systém. Kresba lidské postavy slouží ke screeningu obecné vývojové úrovně dítěte. Pokud je kresba ohodnocena známkou 4-5, znamená to, že úroveň je z hlediska požadavků školy nedostačující. Nápodoba psacího písma a obrazce z teček se screeningově zaměřuje na schopnost percepčně analyzovat předlohu a grafomotoricky ji zpracovat. Dítě by mělo zvládnout napodobit alespoň základní tvar předlohy, jinak jej nelze považovat za zralé (Vágnerová, 2008).

Pokud dítě ve screeningovém testu vykazuje nedostatečnou zralost nebo pokud je mu tak doporučeno odborníkem (pediatrem, pedagogem MŠ...) mělo by následovat:

- **Podrobnější vyšetření školní zralosti**

Vágnerová (2008) k tématu podrobnějšího vyšetření školní zralosti a připravenosti uvádí následující oblasti, na které je třeba se během vyšetření zaměřit:

- úroveň fonologické percepce
- úroveň vizuální percepce
- grafomotorické schopnosti
- úroveň řeči
- úroveň rozumových schopností
- úkolové chování
- úroveň sociálně adaptivního chování

V následujícím textu budeme popisovat jednotlivé diagnostické nástroje, které je možné využít při zjišťování úrovně výše zmíněných oblastí. Uvedeny budou jak nástroje standardizované, tak i nestandardizované a také další materiály, které lze použít k hodnocení dané oblasti. Svou pozornost zaměříme zejména na nástroje, které jsou pro danou oblast využitelné i v případě diagnostiky dětí s mentálním postižením.

- **Vizuální percepce**

Reverzní test (Edfeldt, česká úprava Malotínová, 1968)

Edfeldtův reverzní test hodnotí úroveň zrakového vnímání dítěte. Je určen pro děti od 5 do 8 let. Test se skládá z testovacího sešitu, ve kterém jsou dvojice různých obrázků, z nichž jsou některé stejné a některé se liší ve vertikální nebo horizontální rovině. Dítě má za úkol označit všechny obrázky, které nejsou stejné. Za každou správnou odpověď dítě získává jeden bod. Výsledky je možné hodnotit i kvalitativně. Pro danou věkovou kategorii je test poměrně dlouhý a proto mohou mít děti potíže se soustředěním po tak dlouhou dobu. Je tedy důležité odlišit případnou zvýšenou chybovost ve druhé části testu, která nemusí být projevem nedostatku dané funkce (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti (Schürerová, 1977; upravili Eisler a Mertin, 1980)

Test je tvořen dvěma sety A a B po 36 položkách, které se od sebe liší pouze pořadím položek. Dítě nejprve projde zácvikem, který má za úkol vyloučit chyby dané neporozuměním. Poté dostane variantu A a po dokončení i variantu B. Test není časově limitován. Za každou chybnou dvojici se přičítá jeden bod. Diferencují se chyby, které dítě udělá. Lze také porovnat počet a typy chyb ve verzi A i B. Hodnotit se dá křivka učení i úkolová zátěž. Délka testu, 72 položek, je pro děti s mentálním postižením velkou zátěží (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Rekogniční test reverzní tendence (Zápotočná, 1990)

Autorka testu reagovala na nedostatky Edfeldtova reverzního testu, kdy tendenci k reverzím považovala jako důsledek zhoršené schopnosti rozlišovat pravo-levou orientaci při jejich znovupoznávání. Autorka vychází z předpokladu, že problém není v rámci percepce, ale v procesu uchování informací v paměti. Test se skládá z jednoho zácvičného a patnácti testových úloh. Každý úkol obsahuje jeden obrazec, který je prezentován 3 vteřiny. Rekogniční podněty obsahují dva identické obrazy s předlohou a deset odlišných. Dítě má za úkol najít v řadě zapamatovaný obrazec. Test je určen pro děti od 5,5 do 8,5 let. Hodnocení lze provádět dvěma způsoby. Skór S1 vyjadřuje počet správných odpovědí a skór S2 s přísnějšími kritérii, kdy dítě získává dva body za správně vyřešený úkol, jeden bod při jedné chybě a žádný bod při více chybách (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová, český překlad Krallová, 1972)

Test hodnotí úroveň zrakového vnímání u dětí ve věku 4 až 8 let. Test se skládá z pěti subtestů:

1. Vizuomotorická koordinace: dítě kreslí nepřerušované, rovné, zaoblené a hranaté čáry mezi dvěma liniemi a spojovat jeden bod s druhým. Zvládnutí tohoto subtestu závisí na dosažené úrovni zrakového vnímání, senzomotorické koordinace a jemné motoriky.
2. Figura – pozadí: dítě hledá určitý obrazec na stále komplexnějším pozadí. V tomto subtestu je potřebná zralost zrakové analýzy a syntézy.
3. Konstantnost tvaru: dítě rozeznává geometrické tvary, které se liší velikostí, odstínem, vzorkem a polohou v prostoru. Dítě má za úkol rozlišit stejné tvary bez ohledu na jejich další vlastnosti.
4. Poloha v prostoru: dítě rozeznává, které obrázky jsou obrácené a otočené. Použity jsou schematické kresby známých věcí (květina, míč...). Tento subtest hodnotí stejnou schopnost jako Edfeldtův reverzní test.
5. Prostorové vztahy: dítě má za úkol obkreslit geometrické tvary, které jsou zakresleny do soustavy teček tak, aby byl zachován tvar i lokalizace.

Administrace testu trvá třicet až čtyřicet minut, což je pro děti s mentálním postižením velice dlouhá doba. V těchto případech se doporučuje využití jednotlivých subtestů. Hodnotí se každý subtest, a to určitým počtem bodů v závislosti na kvalitě. Pro každou věkovou kategorii je k dispozici tabulka norem. Normy jsou ale již zastaralé a nejsou diferencované dle pohlaví (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Test zrakového vnímání (Felcmanová, 2013)

Test je určen pro děti předškolního věku a pro děti na počátku školní docházky. Normy testu jsou zpracovány pro děti ve věku 5 do 7 let. Test je sestaven ze šesti subtestů, z nichž každý je zaměřen na některou ze složek vizuální percepce (zraková diferenciací, zraková analýza a syntéza, vnímání konstantnosti tvaru, rozlišení vizuální figury a pozadí, vizuomotorická koordinace) (Felcmanová, 2013).

- **Sluchová percepce**

Zkouška sluchové diferenciace (Wepman, 1960; česká úprava Matějček, 1993)

Tento test posuzuje schopnost dítěte sluchově rozlišovat zvuky mluvené řeči. Je určen dětem od 5 do 8 let. Dítě má za úkol rozlišovat, zda je dvojice bezsmyslných slov stejná či nikoliv. Test se skládá z devatenácti dvojic, které jsou ve třinácti případech odlišné a v šesti případech shodné. Slova se předřikávají tak, aby dítě nevidělo na ústa vyšetřujícího. Celková doba administrace je deset až patnáct minut. Výsledky jsou hodnoceny pouze kvalitativně. Metoda není standardizována (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Zkouška sluchové analýzy a syntézy (SAS–M) (Moseley, 1976; česká úprava Matějček, 1993)

Zkouška hodnotí schopnost dítěte rozkládat slova na hlásky a z hlásek opět slova. Zkouška se používá u dětí od 5 do 8 let a lze ji využívat i u dětí s mentálním postižením. Ve zkoušce sluchové analýzy dítě poznává z jakých hlásek je slovo složeno a určuje jejich správné pořadí. Ve sluchové syntéze skládá dítě slovo z izolovaně prezentovaných hlásek. Obě zkoušky obsahují dvě alternativní sady deseti slov. V případě analýzy i syntézy nejprve provedeme zácvik na jednoduchých slovech (má, pes...). Náročnost slov se zvyšuje. První slovo se skládá ze tří hlásek a poslední z patnácti. Každé slovo je hodnoceno jedním nebo dvěma body podle toho, jestli dítě určí správné slovo na první nebo až na druhý pokus. Test je možné hodnotit také kvalitativně. Administrace trvá přibližně deset minut. Test není standardizován (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Test sluchové analýzy pro předškolní děti (Eisler, Mertin, 1980)

Test je jednodušší obdobou předchozího testu, který je vhodný pro děti předškolního věku i pro děti s mentálním postižením. Dítě má za úkol určit, zda se ve slyšeném slově objevila konkrétní hláska. Zkoušce předchází několik zácvičných slov. Samotný test je složen z patnácti jednoslabičných slov. Za každé správně určené písmeno se přičítá jeden bod. Jsou vytvořeny orientační normy pro děti od 5 do 6 let standardizované na malém vzorku pražské populace (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995)

Test slouží k vyšetření fonemického sluchu se zrakovou oporou a je určen pro děti od 4 do 10 let. Test obsahuje čtyři subtesty: znělost-neznělost, kontinuálnost-nekontinuálnost, nosovost, nenosovost, kompaktnost a difuznost. Každý subtest obsahuje patnáct dvojic slov. Součástí testu je obrazový materiál a nahrávka jednotlivých slov. Administrace trvá patnáct minut. Normy byly vytvořeny na skupinu zdravých dětí od 4 do 6,5 roku. Test je standardizovaný a lze jej využít u dětí s mentálním postižením (Valenta a kol., 2012).

▪ **Hrubá motorika**

Oblast hrubé motoriky lze také hodnotit dle vývojových škál (***Gesellův test, vývojová škála Bayleyové, škála McCarthyové, Günsburgova škála***), které budeme blíže popisovat v oblasti týkající se intelektových poznávacích funkcí, jelikož se tyto používají zejména při zjišťování rozumových schopností u dětí s mentálním postižením.

Ozeretského škála

Metoda je určena pro posouzení motorického vývoje pro děti od 4,5 do 14,5 let. Za ukazatele motorického vývoje se považuje koordinace, přesnost a spojení různých pohybů. Zkouška obsahuje čtyřicetšest položek, které jsou rozděleny do osmi subtestů. Pro každou věkovou kategorii je určeno několik úkolů, které by dítě mělo splnit. Zkouška posuzuje hrubou i jemnou motoriku. Hodnotí se bodovým ohodnocením každého úkolu. Normy pro českou populaci nejsou vytvořené. U dětí s mentálním postižením je použití této metody doporučováno (Svoboda a kol., 2001).

Škály funkční nezávislosti (Hanák a kol., 2005)

Škály se týkají sebeobsluhy, čistoty, pohybu – přesunů, lokomoce – chůze, komunikace a sociálního porozumění. Pro každou oblast je pak určena nutná míra pomoci od úplné samostatnosti po naprostou závislost. Využívají se především u klientů s více vadami a těžším stupněm mentálního postižení (Valenta a kol., 2012; Kucharská a kol., 2007).

260 cvičení pro děti raného věku (Strassmeier, 1996)

Nestandardizovaná, často využívaná metoda u dětí s mentálním postižením, která vychází z vývojových škál. Obsahuje škály v oblasti jemné a hrubé motoriky, řeči, myšlení a sebeobsluhy (Kucharská a kol., 2007).

Orientační test dynamické praxe (Míka, 1982)

Jedná se o screeningový test, který se skládá z osmi položek zaměřených na pohyby rukou, nohou a jazyka. Dítě má za úkol napodobit pohyby, které jsou mu předvedeny vyšetřujícím. Metoda je určena pro děti batolecího až raného školního věku. U dětí s motorickým postižením jde použít v jakémkoliv věku. Každá položka je bodově ohodnocena a dle věku se dle tabulky body převedou na percentilové normy. Výsledky lze hodnotit i kvalitativně (Svoboda a kol., 2001).

Projekt PORTAGE (DC Paprsek)

Jedná se o vývojovou škálu, která není primárně určena k diagnostice, ale hodnotí úroveň oblastí: soběstačnost, motorika, řeč, socializace, vědomosti (Kucharská a kol., 2007; Valenta a kol., 2012).

Diagnostika a edukace dětí s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005)

Jedná se o nástroj pro diagnostiku, metodiku stimulace a vzdělávání. Vychází z vývoje dítěte od narození do tří let. Obsahuje vývojové škály pro deset oblastí: grafomotorika, jemná motorika, hrubá motorika, poznávací schopnosti, řeč, stravování, hygiena, oblékání, osobní čistota a socializace (Kucharská a kol., 2007; Valenta a kol., 2012).

Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová, Šmardová, 2007)

Publikace obsahuje vývojové škály pro následující oblasti: motorika, grafomotorika, kresba, zrakové vnímání a paměť, vnímání prostoru a prostorové představy, vnímání času, řeč, sluchové vnímání a paměť, základní matematické představy, sociální dovednosti, hra, sebeobsluha. V publikaci je obsažen i podnětový materiál určený ke zhodnocení jednotlivých oblastí (Bednářová, Šmardová, 2011a).

- **Jemná motorika a lateralita**

Oblast jemné motoriky je rovněž obsažena ve vývojových škálách zmíněných pro oblast hrubé motoriky.

Orientační test školní zralosti (Kern, česká úprava Jirásek, 1970)

Test se často využívá screeningově, jelikož je možné ho administrovat jak individuálně, tak i skupinově. Kromě školní zralosti lze testem hodnotit grafomotorickou úroveň, vizuomotorickou koordinaci a prostorové zpracování. Test obsahuje tři úkoly: kresbu mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů. K hodnocení se používá pětistupňová klasifikace. Administrace i vyhodnocení jsou velmi rychlé. Test je standardizovaný, ale jeho normy jsou silně zastaralé, což nehraje roli při kvalitativním vyhodnocení (Kucharská a kol., 2007; Svoboda a kol., 2001).

Test obkreslování (Matějček, Vágnerová, 1974)

Test se skládá z dvanácti předloh, na kterých jsou geometrické tvary různé složitosti. Dítě má za úkol tyto tvary překreslit na volný list papíru. Test je určen pro děti od 3 do 13 let, případně i starší, pokud se jedná o děti s mentálním postižením. Slouží k posouzení vývojové úrovně senzomotorických dovedností. Standardizována byla na dětské populaci od 5 do 13 let. Test se dá administrovat individuálně nebo od první třídy ZŠ i skupinově. Test není časově limitován a většinou trvá deset až patnáct minut. Hodnotí se provedení určitých položek na každé reprodukci, každá nejvýše jedním bodem. Maximální počet bodů je třicetčtyři. Test se dá hodnotit i kvalitativně, třeba zaměřením na typy převažujících chyb. Při použití u dětí s mentálním postižením se obvykle využívá pouze tři až pět předloh (Kucharská a kol., 2007; Svoboda a kol., 2001).

Kresba lidské postavy (Šturma, Vágnerová, 1982)

Tato metoda zjišťuje úroveň jemné motoriky, percepce, senzomotorické koordinace, orientačně i úroveň mentálního vývoje. Test může být administrován individuálně i skupinově. Test je standardizován na dětské populaci od 3,5 do 11 let. Na kresbě lidské postavy je hodnoceno 35 položek (15 zaměřených na obsah, 20 slouží ke klasifikaci způsobu provedení, tj. formy). Splnění položky je hodnoceno

jedním bodem. Manuál obsahuje stenové normy, odlišné pro chlapce a dívky. Výsledky lze tedy interpretovat kvantitativně i kvalitativně, rozbořením jednotlivých zvláštností kresebného projevu i chování dítěte (Svoboda a kol., 2001).

Zkouška laterality (Matějček, Žlab, 1972)

Zkouška je zaměřena na hodnocení laterality horních a dolních končetin, očí a uší. K hodnocení laterality horních končetin je určeno dvanáct položek, pro laterality dolních končetin čtyři položky, pro laterality očí dvě položky a jedna položka pro určení laterality ucha. Test se používá u dětí od předškolního věku. Administrace je výhradně individuální a není časově limitována. Na základě výsledků se vypočte koeficient pravorukosti. Další variantou hodnocení je určení typu laterality. Autoři testu doporučují doplnit zkoušku i rozhovorem s rodiči, případně s dítětem samotným, o tom, které ruce dává při konkrétní činnosti přednost. Zkouška není standardizovaná (Svoboda a kol., 2001).

▪ **Řeč a jazykové schopnosti**

Hodnocení oblasti řečového vývoje zahrnují i vývojové škály (***vývojová škála Bayleyové, Gesellova vývojová škála, Vinelandská škála***), které budou blíže popsány v metodách zaměřených na oblast intelektových poznávacích funkcí. Oblast řečového vývoje nalezneme také v metodách popsaných v rámci oblasti hrubé motoriky (***škála funkční nezávislosti, 260 cvičení pro děti raného věku, projekt PORTAGE, diagnostika dítěte předškolního věku***).

Obrázkově slovníková zkouška (Kondáš, 1972)

Zkouška se skládá z třiceti barevných obrázků, které znázorňují různé věci, zvířata a činnosti. Zkouška je určena pro děti od 5 do 7 let, u dětí s mentálním postižením může být věk vyšší. Zkouška hodnotí úroveň a kvalitu pasivní slovní zásoby. Administrace je individuální bez časového limitu, obvykle trvá pět minut. Každá správná odpověď je hodnocena jedním bodem, v některých položkách je možné použít i poloviny bodu. Metoda je standardizována na slovenské dětské populaci od 5 do 7 let. U dětí s mentálním postižením lze tuto zkoušku použít do určitého stupně postižení a hodnotí se především kvalitativně (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Heidelberský test vývoje řeči (H-S-E-T) (Grimmová, Scholer, 1991; slovenská úprava Mikulajová, 2000)

Test slouží ke komplexnější diagnostice úrovně vývoje řeči a jazykových dovedností u dětí od 4 do 9 let. Test obsahuje šest subtestů: Větná struktura (chápání smyslu různě složitých vět, reprodukce vět), morfologická struktura (tvoření jednotného a množného čísla, tvoření odvozených slov, odvozování přídavných jmen), větný význam (oprava nesprávných vět, tvorba vět), slovní význam (hledání čtvrtého slova ke třem daným slovům, nadřazené pojmy), interakční význam (flexibilita pojmenování, spojování verbálních a neverbálních informací, kódování a dekodování záměrů), interakční úroveň (zapamatování a reprodukce textu). Administrace je individuální a časově náročnější, která umožňuje hlubší analýzu dětské řeči. Hodnocení se odvíjí podle počtu splněných úkolů a jejich kvality. Test se dá hodnotit komplexně nebo po subtestech, podle sledované oblasti. Test není standardizovaný. Pro potřeby diagnostiky u dětí s mentálním postižením je doporučováno využití pouze některých subtestů (Svoboda a kol., 2001).

Speciálně pedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivních jazykových schopností (Hemzáčková, 2001)

Test je převzat z Dánska, kde ho využívají logopedi, a je určen pro děti s mentálním postižením. K testování jsou použity předměty osobní potřeby, které jsou dítěti známé. Test zahrnuje základní orientační vyšetření, impresivní řečové schopnosti, které hodnotí porozumění v jazykových rovinách, diferenciaci zobrazených pojmů, verbální pokyny a manipulace a orientační zjištění úrovně expresivních řečových projevů. Test je určen pro subjektivní hodnocení speciálními pedagogy – logopedy. V praxi se jeho využití osvědčilo při zjišťování úrovně řeči u předškolních dětí s mentálním postižením a u dětí s kombinovaným postižením (Kucharská a kol., 2007).

Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte (Klenková, Kolbábková, 2003)

Publikace obsahuje přehled stádií vývoje řeči, nejčastější typy narušení komunikačních schopností u dětí předškolního věku. Publikace tvoří ucelený materiál pro diagnostiku zrakového a sluchového vnímání, hrubé a jemné motoriky a motoriky mluvních orgánů. Zjišťuje také úroveň slovní zásoby, gramatické složky, rytmického

cítění, jazykového citu a schopnosti samostatného vyjadřování. Publikace je určena k diagnostice dětí od 3 let až po zahájení školní docházky. Publikace se jeví jako vhodná k posuzování úrovně řečového vývoje a následné intervence u dětí s mentálním postižením (Valenta a kol., 2012; Kucharská a kol., 2007).

- **Znalosti a obecná informovanost**

- Test vědomostí předškolních dětí* (Matějček, Vágnerová, 1976)

Jedná se o verbální zkoušku, která diferencuje děti, které si z určitého důvodu nemohly osvojit obvyklé znalosti a vědomosti. Test je určen pro děti od 4 do 7 let. Test obsahuje deset oddílů, které jsou zaměřené na různé oblasti (hodnocení času, počtu, znalosti o rostlinách, zvířatech, domácí činnosti, společenského zařazení...). Každá oblast obsahuje čtyři otázky. Test obvykle trvá deset až patnáct minut. Každá správně zodpovězená otázka se hodnotí jedním bodem. Body lze pomocí tabulky převést na steny nebo IQ hodnoty. Test lze hodnotit i kvalitativně (Svoboda a kol., 2001).

- **Rozumové schopnosti**

Koncept inteligence a jejího testování tvoří obsáhlou problematiku, která spadá do kompetence psychologů. Pro účely naší práce si pouze vymezíme metody, které se nejčastěji používají k testování inteligence u dětí a u dětí s mentálním postižením jako součást komplexní diagnostiky před zahájením povinné školní docházky. K problematice měření inteligence bych jen ráda zmínila „nešvar“, kterým Valenta a kol. (2012) nazývají způsob interpretace výsledků inteligenčních testů pouze na základě míry inteligenčního kvocientu (IQ). Svoboda (1999, cit. podle Valenta a kol., 2012, s. 25) se k této problematice vyjadřuje následovně „*Hodnota IQ nás informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštěnostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nelze přeceňovat.*“ Krejčířová a kol. (1997, cit. podle Valenta a kol., 2012, s. 25) k tomu dodává, že „*číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ.*“

Valenta a kol. (2012) upozorňuje, že při zjišťování úrovně rozumových schopností u dětí s mentálním postižením je kromě testových metod nutné plně využívat všechny dostupné klinické prostředky.

Vývojové škály

Vývojové škály se většinou používají v diagnostice dětí do 3 let, a to místo testů inteligence. Při diagnostice dětí s mentálním postižením mají velké užití, neboť nám pomáhají zjistit dosaženou vývojovou úroveň a vývojové diskrepance. U dětí s mentálním postižením se dají používat i ve vyšším věku, a to vzhledem k hloubce postižení (Kucharská a kol., 2007).

Prostřednictvím vývojových škál získáváme celkovou úroveň neuromotorických funkcí a orientační posouzení kognitivních schopností (Svoboda a kol., 2001).

Vývojová škála Bayleyové (3. revize, 1993)

Vývojová škála je určena k diagnostice dětí od 1 měsíce do 3,5 let. Skládá se ze tří částí: Mentální stupnice (percepční bystrost, diskriminační schopnosti, vokalizace a počátky řeči, řešení jednoduchých problémů), motorická stupnice (hrubá a jemná motorika, záznam o chování dítěte (kvalitativní hodnocení aktivity, zájmu, pozornosti, energie, sociálního příklonu...). Nedostatkem je omezená použitelnost u dětí s těžkým stupněm postižení, jelikož u starších dětí na nízké vývojové úrovni již není možné získat souhrnné indexy, ale pouze věkové ekvivalenty, které nelze převést na vývojový kvocient a je proto složité stanovit stupeň mentální retardace. Při standardním užití není možné nalézt hranici mezi středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací (Svoboda a kol., 2001).

Gesellovy vývojové škály (Knobloch, Stevens, Malone, 1980)

Tato škála je určena k vyšetření dětí od 4 týdnů do 36 měsíců, u dětí s mentálním postižením lze použít i v pozdějším věku. Škála se skládá z pěti oblastí, které zahrnují: *adaptivní chování* - tato položka je rozhodující pro závěrečný „odhad intelektového potenciálu“ (vývoj zrakového vnímání, vnímání předmětných vztahů, řešení jednoduchých situací a schopnost dítěte získávat nové zkušenosti a schopnost učit se, vizuokonstruktivní úlohy, vývoj kresby, přiřazování geometrických tvarů, manipulace s drobnými předměty), *hrubá motorika* (poloha dítěte, vývoj sezení,

lezení, chůze, stabilita a obratnost, chůze po schodech, běh, skákání...), *jemná motorika* (dovednost sahání po předmětech, kvalita úchopu), *řeč* (všechny viditelné a slyšitelné formy komunikace) a *sociální chování* (získávání sociálních návyků při krmení, při hře, oblékání, celková sociální reaktivita dítěte). Děti musí být předkládány položky z nejbližších věkových úrovní, a to do té doby, než je mu možné určit *bazální věk*, což je úroveň, na které dítě splnilo všechny úkoly a *strop*, což je úroveň, nad kterou dítě žádný úkol nesplní. V hodnocení se rozlišuje rozdílná závažnost jednotlivých položek. Závěrem vyhodnocení je pak celkový vývojový kvocient, který je odhadem celkového intelektového potenciálu. Ten je doplněn i pozorováním dítěte mimo testovou situaci a z anamnézy. Pravidlem při hodnocení je, že celková vývojová úroveň nesmí být nikdy nižší, než je úroveň adaptivního chování, protože se uvádí, že adaptace nejlépe koreluje s budoucí inteligencí (Svoboda a kol., 2001).

***Günsburgova škála* (PAC, 1969)**

Škála je vhodná pro posouzení celkového adaptivního fungování a sociálních kompetencí dítěte. Zaměřuje se na čtyři oblasti: samostatnost/autonomie, komunikace, sociální přizpůsobení/socializace, zaměstnání. Metoda se dále využívá při sestavování individuálního vzdělávacího plánu, jelikož výsledkem škály je tzv. psychoedukační profil (Kucharská a kol., 2007; Svoboda a kol., 2001).

Jednodimenzionální testy inteligence

***Kohsovy kostky* (česká úprava Košč, 1974)**

Test je použitelný od 5 let do dospělosti, přičemž nejlépe diferencuje od úrovně mentálního věku 6 až 7 let. Jedná se o individuální perforační inteligenční test. Test je považován za kulturně nezávislý. Dítě má za úkol sestavit z různobarevných kostek podle předlohy různě složité vzorce. Výsledky je možné převést podle tabulky na IQ nebo na mentální věk. V hodnocení se dále zohledňují i kvalitativní projevy chování dítěte, typy chyb. Důležité je také porovnání s bezprostředně (nebo po delším časovém odstupu) provedeným retestem. U dětí s mentálním postižením bývají výsledky stabilní (Kucharská a kol., 2007; Svoboda a kol., 2001).

***Barevné progresivní matice* (Raven, 1949, slovenská úprava Ferjenčík, 1984)**

Tento test je určený pro děti od 5 do 11 let. Test poskytuje odhad úrovně rozumových schopností. Test je považován za kulturně nezávislý tzv. „culture-fair“. Skládá se ze tří setů po dvanácti položkách. Na rozdíl od standardních progresivních matic, které jsou určeny pro věkové rozpětí 10 až 18 let, jsou barevné progresivní matice natištěny na barevném podkladě, což je pro děti zajímavější a lépe srozumitelné. Set A je zaměřen na pochopení změn nejprve v jednom a později v obou směrech. Set AB vyžaduje schopnost vnímat jednotlivé obrazce jako prostorově příbuzné celky a najít chybějící část tohoto celku. Set B vyžaduje schopnost abstraktního úsudku na principu analogie, která se dá u dětí očekávat mezi 8 a 9 rokem. Pro děti mezi 5 a 6 rokem a děti s mentálním postižením existuje forma zasouvací, která je názornější a poskytuje přímou zrakovou kontrolu. Na zasouvací formu ale nelze spolehlivě uplatnit normy sešitové formy testu (Svoboda a kol., 2001).

Komplexní testy inteligence

Kaufmanův test (K – ABC)(Kaufman, 1983; česká úprava Poledňová, 2000)

Tento test je určen pro děti od 2,5 až 12,5 let. Test se skládá ze dvou základních částí: *Sekvenční zpracování*: úkoly jsou řešeny procesem uspořádání podnětů do sekvence či pořadí. Má blízko ke školním dovednostem jako je učení faktům, fonetika nebo porozumění sekvencím událostí. *Simultánní zpracování* se skládá z prostorových a obrázkových úkolů. Simultánní zpracování má vztah k učení se tvarům písmen a číslic, odvozování významu obrázků. Měření intelektových schopností je odděleno od schopností získaných. Test je určen pro individuální administraci, která trvá v závislosti na věku od třiceti do devadesáti minut. Test nebyl standardizován pro české prostředí. V našem prostředí zatím není test příliš využíván. Pro diagnostiku dětí s mentálním postižením se test jeví jako vhodný a přínosný (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

Pražský dětský Wechsler (PDW) (Kubička a kol., 1973)

Test je určen pro děti od 5 do 16 let. Administrace vyžaduje důsledné dodržování předepsaného postupu, pořadí úkolů i doslovného znění instrukcí. Test obsahuje verbální i neverbální subtesty, které mohou být použity v jakémkoliv pořadí. Omezením tohoto testu jsou zejména zastaralé normy a malý rozsah úkolů u nejmladších dětí, z čehož vyplývá velmi slabá rozlišovací schopnost v pásmu

podprůměru. Nevýhodou může být i zkouškový přístup od jednoduššího ke složitějšímu, což může dítě unavovat a nudit. Administrace je časově náročná. Tento test je možné použít pouze ke kontrolnímu vyšetření, kdy původní vyšetření proběhlo za použití PDW a cílem je tedy srovnat výsledky (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

WISC – III. (česká úprava Krejčířová a kol., 2002)

Test je určen pro děti od 6 do 16 let, přičemž u nejmladších dětí, zejména pak v podprůměru dostatečně nediferencuje. V současné době je považován za nejpoužívanější test v oblasti poradenství. Administrace testu trvá kolem jedné hodiny. Test obsahuje subtesty *porozumění* (sociální, praktický úsudek, orientace v problémové situaci), *řazení obrázků* (porozumění logickým dějovým sekvencím, neverbální sociální úsudek), *podobnosti* (zobecnění), *počty* (numerický úsudek), *kostky* (analýza a syntéza). Výsledkem testu je verbální, performační a celkové IQ (Svoboda a kol.,

Woodcock – Johnson test kognitivních schopností (WJ IE COG, 2010)

Tento test je určen pro věkové rozpětí od 5 do 65 let. Test se zaměřuje na vyjádření silných a slabých stránek ve struktuře kognitivních schopností. Test se skládá z deseti subtestů a jeho vyhodnocení umožňuje vyjádřit celkové intelektové skóre, ale též skóre verbálních schopností, schopnosti myšlení a kognitivní efektnosti. Test je standardizován pro českou populaci (Valenta a kol., 2012).

T – M test (Terman, Merrill, 1937; upravil Adamovič, 1972)

Test je založen na vývojovém principu a má normy od 2 let až do dospělosti. Ke spolehlivému užití by dítě mělo dosahovat verbální úrovně alespoň 3 roky. V našem prostředí se nejčastěji využívá u předškolních dětí a mladších školáků, případně u starších dětí s těžšími stupni mentální retardace. Test obsahuje více než 140 úkolů. Pro každou věkovou úroveň je určeno šest základních a jeden doplňkový úkol. Při administraci je třeba dodržovat standardní postupy, ale současně brát v úvahu okamžitý stav dítěte. Pořadí úloh je dáno a žádné změny nejsou povoleny. Při hodnocení za každý splněný úkol započítáváme k bazální úrovni jeden nebo dva měsíce mentálního věku. Z testu nezískáme přímo profil schopností dítěte, možná je

pouze kvalitativní analýza. Celý test v současné době výrazně nadceňuje (Svoboda a kol., 2001; Říčan a kol., 1997).

IV. revize *S –B testu* (Thorndike, Hagen, Satter, 1986; česká úprava Smékal, 1995)

Test je určen pro děti od 2 let do dospělosti. Zahrnuje řadu podobných úkolů jako předchozí verze, ale upouští od principu věkových škál. Test obsahuje patnáct subtestů, přičemž každý subtest měří odlišné kognitivní schopnosti. Jednotlivé subtesty pokrývají čtyři širší oblasti: *verbální myšlení* (subtest slovník, porozumění, absurdity, verbální vztahy), *abstraktně-vizuální myšlení* (analýza vzorů, napodobování, matice, skládání a stříhání papíru), *kvantitativní myšlení* (počty, číselné řady, tvoření rovnic), *krátkodobá paměť* (paměť na korálky, paměť pro věty, paměť pro čísla, paměť pro předměty). Výsledkem je hrubé skóre, které převádíme na vážené pro každý subtest. Z nich je pak tvořen celkový skóre, který se převádí na IQ. V nižších věkových kategoriích je zařazeno poměrně málo úkolů, a proto metoda ještě ve věku 4 až 5 let není dostatečně spolehlivá k diagnostice lehkých až středně těžkých poruch inteligence. Primárním účelem této metody je především diagnostika dětí s mentálním postižením (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

SON-R 2,5 – 7 (Tellegen, Laros, Heider, 2008)

Test je určen k měření rozumových schopností dětí ve věku od 2,5 do 7 let. Jedná se o neverbální test, který se skládá z šesti subtestů: *mozaiky* (dítě podle předlohy sestavuje mozaikový vzor), *kategorie* (dítě třídí kartičky podle kategorií, do kterých patří), *skládanky* (sestavování obrázku z tří až šesti kusů), *analogie* (třídění dílů na základě podobnosti s předlohou), *situace* (doplnění chybějící části obrázku), *vzory* (překreslení vzorů pomocí spojení různého počtu bodů). Administrace je individuální a trvá kolem jedné hodiny. Administrace je možná neverbální nebo se slovními pokyny, které ale nepřidávají žádnou informaci navíc (Valenta a kol., 2012).

▪ **Sociálně adaptivní chování**

Adaptace a adaptivní chování se vztahuje k přizpůsobení se sociálnímu a kulturnímu prostředí. Dle Valenty (2012) se míra této schopnosti týká:

- zvládání nároků a požadavků prostředí;
- výběru životních cílů a pružnosti změn v hierarchii cílů;

- účelných změn chování, pokud dosavadní chování nevede k cíli;
- aktivního působení na prostředí za účelem jeho změny;
- přiměřeného odhadu vlastních schopností a možností.

Posouzení adaptability by mělo být nedílnou součástí při diagnostice osob s mentálním postižením. Určení adaptability v zásadě určuje stupeň mentální retardace (Valenta a kol., 2012)

Základní skupinu testů tvoří testy inteligence (Valenta a kol., 2012), které byly popsány výše.

Vinelandská škála sociální zralosti (česká úprava Kožený 1965)

Škála je vhodná k posouzení soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, v oblékání, samostatnosti dítěte, činnosti, které zvládne, způsob komunikace, úroveň motoriky a sociální adaptace, a to u dětí od 3 do 9 let. Původně byl vytvořen jako nástroj pro hodnocení osob s mentálním postižením. Hodnocení jednotlivých dovedností může vycházet z pozorování dítěte nebo lze použít informace od osoby, která dítě dobře zná a může popsat jeho chování v různých situacích. Součástí je také rozhovor s rodiči. Test není časově omezen. Výsledkem testu je hrubý skóre, který lze pomocí grafu převést do určitého pásma a normy. Výsledky je třeba hodnotit i kvalitativně. Metoda je standardizována pro českou populaci od 3 do 9 let. Normy jsou však zastaralé, ale v našich poradenských pracovištích je test často zastoupený (Valenta a kol., 2012; Svoboda a kol., 2001).

3.3 Dynamická diagnostika

Dynamická diagnostika představuje interaktivní přístup k diagnostice v psychologii a ve vzdělávání a je zaměřena na schopnost jedince reagovat na intervenci. Dynamická diagnostika není pouze vymezením určitých nástrojů a postupů. Jedná se spíše o určitý model a filozofii ve vztahu k přístupu k diagnostice. Pro dynamickou diagnostiku jsou typické následující charakteristiky:

- Vyšetřující aktivně zasahuje do průběhu vyšetření s cílem záměrného vyvolání změny v současné úrovni samostatného fungování vyšetřovaného jedince.
- Diagnostika je zaměřena na schopnost jedince řešit problémy, včetně těch, které brání nebo naopak podporují proces učení.

- Nejvýznamnější diagnostické informace se týkají reakce jedince na intervenci.
- Dynamická diagnostika poskytuje informace o tom, jaká intervence podminila změny u jedince. Jedná se o propojení diagnostiky s intervencí.
- Dynamická diagnostika se nejčastěji provádí v modelu pretest – intervence – posttest.
- Dynamická diagnostika je nejužitečnější při individuální diagnostice, ale použita může být i při skupinovém screeningu.

Tento model diagnostiky je vnímán jako doplněk k tradičním přístupům, ne jako jejich náhrada. Každý přístup poskytuje rozdílné informace a je na vyšetřujícím, aby věděl, jaké informace v konkrétním případě potřebuje (Jean and Alexander Heard Library Vanderbilt University, 2014, překlad vlastní).

Mertin a Krejčová eds. (2012) představují dynamickou diagnostiku učebního potenciálu jako alternativu klasického intelektového vyšetření, která je úzce spojena s intervencí, tudíž je určena nejen psychologům, ale také učitelům a odborníkům, kteří dlouhodobě pracují s dětmi či dospělými. Svou pozornost zaměřuje zejména na hodnocení a rozvoj myšlenkových a pracovních strategií. Nesmíme zapomenout, že diagnostika a intervence tvoří neoddělitelnou součást.

Tzuriel (2001, s. 6, překlad vlastní) definuje dynamickou diagnostiku jako *„diagnostiku zaměřenou na myšlení, vnímání, učení a řešení problémů prostřednictvím aktivní výuky, která je zaměřená na změny kognitivních procesů.“*

Dynamická diagnostika vychází z konceptu „zóny nejbližšího vývoje“, jejímž autorem je L. S. Vygotskij.

„Psychologické výzkumy problému učení se omezovaly obvykle na zjištění intelektuální úrovně dítěte. Ale určovat stav vývoje dítěte jen na základě této úrovně je nedostačující. Jak se obvykle tato úroveň zjišťuje? Prostředkem jsou úkoly, které dítě řeší samostatně. Na jejich základě zjistíme, co dítě umí a zná v daném dnu, protože na zřetel se berou pouze úkoly řešené dítětem samostatně. (...) Zjišťujeme jen úroveň aktuálního vývoje. Ale stav vývoje není nikdy určován jen jeho dozrálou částí. Jako sadař, který chce zjistit stav svého sadu, nebude jednat správně, bude-li hodnotit sad jen podle jabloní, které dozrály a přinesly plody, ale musí počítat i s dozrávajícími stromy, tak i psycholog musí nutně při hodnocení stavu vývoje počítat nejen

s dozrálými, ale i s dozrávajícími funkcemi, nejen s aktuální úrovní, ale i se zónou nejbližšího vývoje.“ (Vygotskij, 2004, s. 101)

Vygotského koncept „zóny nejbližšího vývoje reaguje na problematiku měření mentálního věku jako předpokladu budoucích schopností učení a vývoje (Tzuriel, 2001. překlad vlastní).

Dalším zásadním předpokladem dynamické diagnostiky je, že každý jedinec je schopen určité míry učení (změny, modifikovatelnosti) tzv. předpoklad kognitivní modifikovatelnosti, jehož autorem je Reuven Feuerstein. Feuerstein tvrdí, že každý člověk se může měnit, a to bez ohledu na věk, příčiny aktuálního stavu či závažnost genetických, tělesných či duševních postižení (Lebeer a kol., 2006).

Tzuriel (2001, překlad vlastní) shrnuje charakteristické prvky Feuersteinova dynamicko-diagnostického přístupu následovně:

- Diagnostika se zaměřuje především na proces učení.
- Konkrétní oslabené kognitivní funkce slouží k pochopení problémů v učení.
- Stupeň a typ modifikovatelnosti oslabených kognitivních funkcí poskytuje významné údaje o možných budoucích změnách.
- Stupeň a typ podpory nutné pro kognitivní změny.
- Role vyšetřujícího má zásadní význam ve vztahu k vyšetřovanému a k podpůrným činitelům.

Na dynamické diagnostice ve vztahu k tématu naší práce je zajímavé právě to, že nepovažuje hodnocení aktuálního stavu a vývoje za tak neměnné, jako je tomu u metod statických. To je velice důležité ve vztahu ke školní docházce dětí s mentálním postižením, jelikož právě zařazením dítěte do určité kategorie, která s sebou často přináší popis toho, co dítěti nejde, co nezvládá, dítěti předurčujeme, kam se z hlediska svého postižení „nehodí“.

Právě proto je vnímání jakéhokoliv dítěte jako osobnosti s potencionálem dalšího vývoje centrem pozornosti inkluzivně orientované diagnostiky. Cílem diagnostického procesu není diagnóza. Naopak právě diagnóza stojí na počátku objevování potencionálních možností a schopností dítěte (Hájková, Strnadová, 2010).

3.3.1 Porovnání dynamické diagnostiky s tradičními metodami

V literatuře, která se zabývá dynamickou diagnostikou, nacházíme srovnání dynamické diagnostiky se statickými (konvenčními, standardizovanými) testy, které hodnotí rozumové schopnosti. Tzuriel (2001, překlad vlastní) vysvětluje termín *statický test*, při kterém vyšetřující předkládá dítěti jednotlivé položky testu a zaznamenává jeho odpověď, a to bez jakéhokoliv zásahu ve smyslu podpory. Mnoho psychologů a pedagogů upozorňuje na nedostatky statických testů při odhalování studijních předpokladů dětí a žáků z různých menšin a dětí s různými typy poruch učení.

Standardní psychometrické metody neposkytují podstatné informace o procesu učení, o oslabených kognitivních funkcích, které způsobují problémy v učení a o strategiích, které by usnadňovali učení. Nedostatky statických testů jsou ještě více umocněny při použití u osob s mentálním postižením. Jedinci s mentálním postižením mají obtíže s pochopením povahy a požadavků standardních úkolů, a proto jejich výkon v těchto úlohách nemusí znamenat neschopnost tyto úlohy splnit (Tzuriel, 2001, překlad vlastní).

Haywood (1997, cit. podle Tzuriel, 2001) vymezil validitu standardizovaných testů použitých u jedinců s mentálním postižením tak, že nespočívá v tom, co tito lidé zvládnou, ale v tom, co pravděpodobně nezvládnou. Bylo zjištěno, že děti s mentálním postižením, které byly vyšetřeny standardizovanými testy, vykazují nižší předpoklady školního výkonu. Oproti tomu dynamicko-diagnostické postupy byly shledány lepšími ukazateli školního výkonu u dětí s mentálním postižením.

Tabulka s porovnáním statické a dynamické diagnostiky, jak jej uvádí Krejčová (2012) je uvedena v seznamu příloh jako příloha č. 3.

3.3.2 Dynamická diagnostika dětí předškolního věku

K dynamické diagnostice dětí předškolního věku bylo vytvořeno několik nástrojů. Pro potřeby naší práce představíme tři významné nástroje: LPAD Reuvena Feuersteina (verze LPAD-B je určena pro děti předškolního věku), testovou baterii Davida Tzuriela a dynamické vyšetření dětí předškolního věku podle Linzové (ACFS).

Hodnocení učebního potenciálu (LPAD – Learning Potential/Propensity Assessment Device), Reuven Feuerstein

Cílem tohoto hodnocení je odkrýt skryté potencionální možnosti jedince. Potencionální možnosti jsou vyšší než aktuální úroveň jedince (Pokorná, 2007).

LPAD vychází z konceptu strukturálně kognitivní modifikovatelnosti, která považuje inteligenci za dynamickou, tudíž poskytující možnost rozvoje potenciálu jedince. Výkon jedince je hodnocen intraindividuálně, tedy k vlastnímu výkonu v jiné době. LPAD může být aplikován individuálně i skupinově, přičemž vyšetřující vždy představuje aktivní a silnou součást procesu. Test je tvořen z patnácti instrumentů vztahující se k percepci, pozornosti, paměti, řešení problémů a logickému usuzování. Mezi metodami je použita Reyova komplexní figura v modifikované verzi nebo dynamicky pojaté barevné a standardní progresivní matice (Krejčová, 2012).

LPAD-B je modifikací výše popsaného dynamicko-diagnostického nástroje určená pro děti předškolního věku nebo i u starších jedinců, jejichž intelektové schopnosti odpovídají této skupině. Tento nástroj se skládá ze šestnácti instrumentů, orientovaných na čtyři oblasti: senzomotorický vývoj, paměť, utváření konceptů a abstraktní uvažování. Testová situace pak probíhá v cyklu „test – pozorování – zprostředkování – test – pozorování – zprostředkování atd.“ (Krejčová, 2012).

Diagnostika dětí předškolního věku podle Davida Tzuriela

David Tzuriel je následovníkem Reuvena Feuersteina na poli dynamické diagnostiky. Baterie zaměřená na dynamicko-diagnostické testování předškolních dětí a zahrnuje například Reyovu komplexní figuru adaptovanou na principy dynamického přístupu a další testy, které jsou zaměřené především na modifikovatelnost myšlení (Krejčová, 2012).

Aplikace škály kognitivních funkcí pro děti ve věku 3 – 5 let (ACFS – Application of Cognitive Scale) C. S. Lidz, R. H. Jepsen

Jedná se o metodu založenou na principu dynamické diagnostiky a diagnostiky založené na vyučování. Metoda vychází z předpokladu, že se dynamické hodnocení musí vztahovat k aktuálním vzdělávacím obsahům a informace musí být využitelné se školními obsahy. Metoda ACFS je tvořena šesti škálami, z toho čtyři klíčové: třídění,

krátkodobá sluchová paměť, krátkodobá zraková paměť, doplňková sekvence vzorů. Dvě doplňkové škály jsou zaměřeny na dovednosti přejímání perspektivy a verbální plánování. Metoda sleduje míru zlepšení v oblastech a také reaktivitu vůči intervenci. Dále je také zaznamenáno chování dítěte během vyšetření, a to v oblastech: seberegulace, vytrvalost, frustrační tolerance, motivace, flexibilita, interaktivita a reaktivita (Haywood, Lidz, 2007, cit. podle Krejčová, 2012).

3.3.3 Shrnutí

Již podle výše uvedených informací, které se snaží přiblížit dynamickou diagnostiku jako možný diagnostický přístup i filozofii je zřejmé, že rozšíření jejích metod do oblasti diagnostiky dětí s mentálním postižením by bylo nanejvýš přínosné. Hlavní význam dynamické diagnostiky velmi výstižně popisuje Tzuriel (2001, překlad vlastní, s. 212) „*Pokud je hlavním cílem diagnostiky poskytovat rychlé a hospodárné hodnocení aktuálních obtíží dítěte a předvídat jeho budoucí výkon, pak se statické testy jeví jako užitečnější oproti dynamicko-diagnostickým testům. Pokud je ale hlavním cílem odhalení učebního potenciálu dítěte, jeho učební procesy a za výsledek jsou považovány specifické učební strategie, pak se dynamicko-diagnostické přístupy jeví jako vhodnější.*“

Z výše uvedeného je patrné, že právě filozofie celého přístupu a postoj k němu a vůbec postoj k dítěti samotnému vytváří předpoklad toho, jestli bude dynamicko-diagnostický přístup využíván. Právě postoj vyšetřujících, stejně tak jako pedagogů je zásadní při diagnostice i vzdělávání dětí s mentálním postižením.

4 PŘÍSTUPY ŠKOLSKÝCH PORADENSKÝCH ZAŘÍZENÍ K DIAGNOSTICE ŠKOLNÍ ZRALOSTI U DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Následující kapitola představí výsledky kvantitativního výzkumného šetření, které byly získány prostřednictvím dotazníkového šetření. Osloveny byly pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) a speciálně pedagogická centra pro děti a žáky s mentálním postižením (dále jen SPC), resp. pracovníci těchto zařízení (psychologové a speciální pedagogové).

4.1 Úvod k výzkumnému šetření

Diagnostika školní zralosti u dětí s mentálním postižením se musí odvíjet od komplexního pohledu na dítě. Zhodnoceny musejí být nejen dílčí funkce, ale také celá osobnost, zázemí a další předpoklady dítěte. Diagnostických materiálů existuje celá řada, i když pouze některé jsou vhodné k použití u dětí s mentálním postižením. Velmi záleží také na přístupu vyšetřujícího, na jeho zkušenostech a na jeho celkovém pohledu a přístupu k problematice mentálního postižení.

4.2 Cíle výzkumného šetření

Na základě dotazníkového šetření chceme porovnat přístupy PPP a SPC k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením (dále jen s MP), a to vzhledem k následujícím cílům:

- Zjistit, kdo v zařízení provádí diagnostiku školní zralosti u dětí s MP.
- Zjistit, jakým způsobem je realizována diagnostika školní zralosti u dětí s MP.
- Zjistit, zda pracovníci zařízení využívají k diagnostice školní zralosti principy dynamické diagnostiky.
- Zmapovat, které psychologické nástroje využívají pracovníci zařízení k diagnostice školní zralosti u dětí s MP.
- Zmapovat, které další diagnostické nástroje využívají pracovníci zařízení k diagnostice školní zralosti u dětí s MP.

4.3 Výzkumné předpoklady

- V PPP provádí diagnostiku školní zralosti u dětí s MP nejčastěji psycholog, ve SPC se na diagnostice školní zralosti podílí více odborníků.

Vycházíme z výzkumné studie IPPP ČR², ve které je uváděno, že v personálním obsazení PPP převládají psychologové a převažují zde činnosti diagnostické nad činnostmi intervenčními. Oproti tomu v personálním obsazení SPC převažují speciální pedagogové, psycholog bývá obvykle na pracovišti jen jeden a těžiště práce spočívá v intervenčních činnostech realizovaných v souvislosti se vzděláváním žáků se zdravotním postižením.

- Diagnostika školní zralosti u dětí s MP je nejčastěji realizována formou odborného vyšetření v prostředí poradenského zařízení.

Vycházíme ze situace, kdy jsou PPP a SPC kapacitně vytížené³ a okruh jejich činností je rozsáhlý. Vyšetření v prostředí poradenského zařízení se tak jeví jako přímý důsledek výše zmíněných okolností.

- Principy dynamické diagnostiky jsou při diagnostice školní zralosti u dítěte s MP častěji využívány pracovníky SPC.

Vycházíme z poznatků o dynamické diagnostice, která přímo souvisí s učebním procesem a faktu, že těžiště práce ve SPC spočívá v intervenčních činnostech realizovaných v souvislosti se vzděláváním žáků se zdravotním postižením.

- Při diagnostice školní zralosti u dětí s MP ve SPC jsou častěji využívány vývojové škály.

Vycházíme z předpokladu, že klientelu SPC tvoří děti se všemi stupni mentálního postižení oproti PPP, kde je hranicí lehké pásmo mentální retardace.

- Ve SPC jsou častěji využívány nestandardizované nástroje, které nejsou prvotně určené k diagnostice.

² Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR: *Porovnání PPP a SPC z hlediska užívání diagnostických nástrojů* [online]. [cit. 13. 6. 2014]. Dostupné z WWW: <http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=327&Itemid=335>

³ *Zpráva o stavu inkluzivního vzdělávání v ČR 2010* [online]. [cit. 14. 6. 2014]. Dostupné z WWW: <http://issuu.com/cpiv/docs/zpr_va_o_stavu_inkluzivn_ho_vzd_l_v_n__v_r_komple/92>

Vycházíme ze studie IPPP⁴, kdy ve SPC není často možné použití standardizovaných nástrojů, a to s ohledem na možnosti dětí, jejichž heterogenita ve smyslu stupňů postižení je rozhodně větší než v PPP.

4.4 Metodika

4.4.1 Sběr dat

Pro výzkumnou část této práce jsme použili metodu dotazníkového šetření, a to pomocí dotazníku vlastní konstrukce (příloha č. 4).

Dotazník je nejrozšířenější pedagogickou výzkumnou technikou. Mezi výhody dotazníku patří snadná a rychlá administrace, možnost oslovit velké množství respondentů, anonymita respondentů a to, že údaje lze většinou plně kvantifikovat. Mezi nevýhody patří nutnost počítat se subjektivní výpovědí respondenta, možnost, že se respondent otázce vyhne, nemožnost dovysvětlit otázku (Skutil a kol., 2011).

Formu dotazníkového šetření jsme zvolili především kvůli možnosti oslovit velké množství zařízení a také z důvodu zachování jejich anonymity. K dotazování jsme použili jak uzavřené otázky, tak i polouzavřené otázky, které poskytují prostor pro vyjádření vlastní odpovědi. Celkově se dotazník skládá z jedenácti položek.

Každý dotazník obsahoval úvodní část, ve které bylo popsáno, k jakému účelu dotazník slouží a na jakou problematiku je zaměřen.

4.4.2 Respondenti

Dotazníkové šetření bylo určeno pro pracovníky pedagogicko-psychologických poraden (PPP) a speciálně pedagogických center pro děti a žáky s mentálním postižením (SPC) resp. pro psychology a speciální pedagogy.

4.4.3 Průběh dotazníkového šetření

Dotazníky byly sestaveny v elektronické podobě. Tato forma byla zvolena s ohledem na fakt, že se jedná o způsob, jak respondenta co nejméně zatížit okolnostmi spojenými s vyplňováním dotazníku. Důvodem byla také skutečnost, že

⁴ Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR: *Porovnání PPP a SPC z hlediska užívání diagnostických nástrojů* [online]. [cit. 14. 6. 2014]. Dostupné z WWW: <http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=327&Itemid=335>

otevření příchozího emailu a základní povědomí o práci s výpočetní technikou je v dnešní době pro pracovníky v poradenských zařízeních již samozřejmostí.

Dotazníky byly šířeny formou emailu s průvodním dopisem a internetovým odkazem. Dotazníky byly rozeslány do pedagogicko-psychologických poraden po celé České republice⁵ a do speciálně pedagogických center pro děti a žáky s mentálním postižením po celé České republice⁶. Celkem tedy bylo osloveno 163 zařízení, z toho 108 pedagogicko-psychologických poraden a 55 speciálně pedagogických center pro děti a žáky s mentálním postižením.

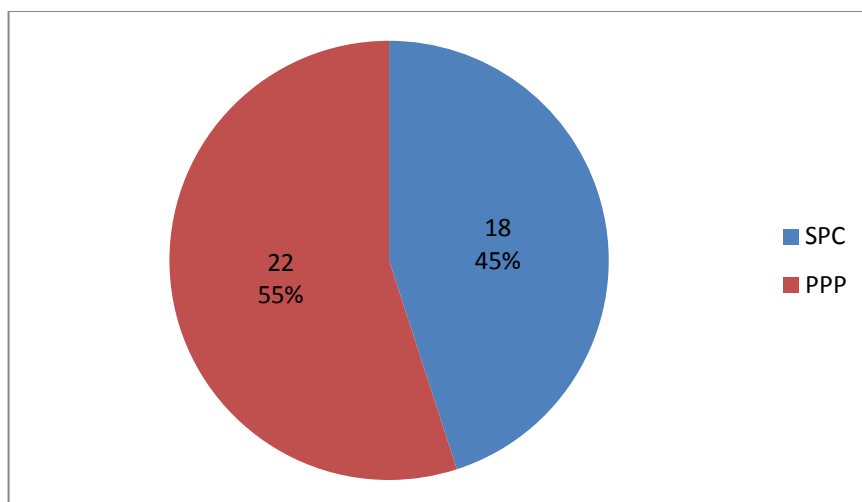
Dotazníkové šetření probíhalo od února do března 2014. Návratnost dotazníků byla 24, 5 %, což znamená 40 dotazníků.

4.5 Výsledky dotazníkového šetření

V této části bude prezentováno vyhodnocení dat získaných v dotazníkovém šetření. Data jsou prezentována v podobě grafů vlastního zpracování a k jejich interpretaci byla použita popisná (deskriptivní) statistika.

1. Druh školského poradenského zařízení, ve kterém působíte.

Graf č. 1 Druh školského poradenského zařízení



Z grafu je patrné, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 18 pracovníků ze speciálně pedagogických center a 22 pracovníků z pedagogicko-psychologických

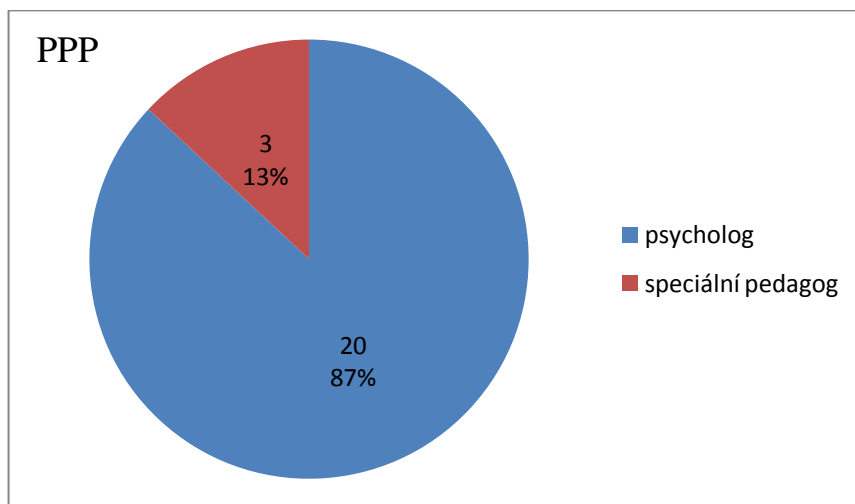
⁵ IPPP ČR: *Přehled pedagogicko-psychologických poraden v ČR*. [online]. Dostupné z WWW: <http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=264&Itemid=111>

⁶ Asociace pracovníků Speciálně pedagogických center. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.apspc.cz>>

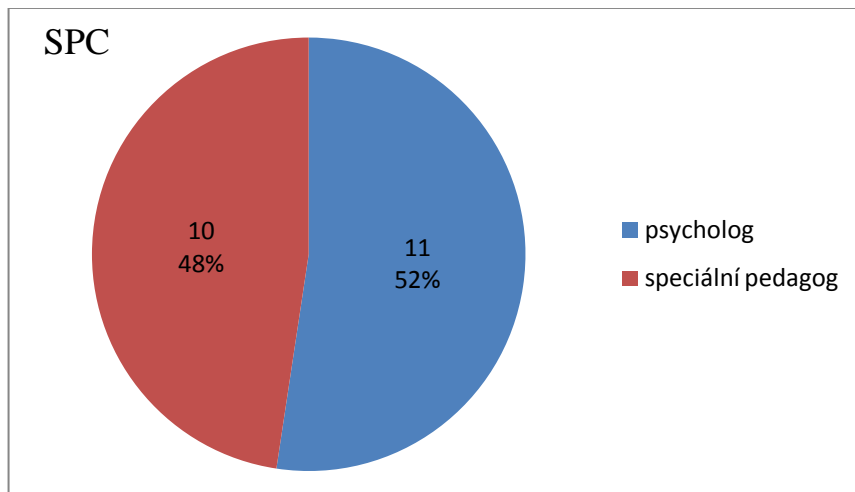
poraden. Pro interpretaci dalších výsledků ve vztahu k pedagogicko-psychologickým poradnám má 100% hodnotu 22. Ve vztahu ke speciálně pedagogickým centrům má 100% hodnotu 18.

2. Jaké je Vaše profesní zařazení?

Graf č. 2 Profesní zařazení v PPP



Graf č. 3 Profesní zařazení v SPC



U této otázky bylo možné zatrhnout obě odpovědi, jelikož se může stát, že obě profese zastává jeden člověk.

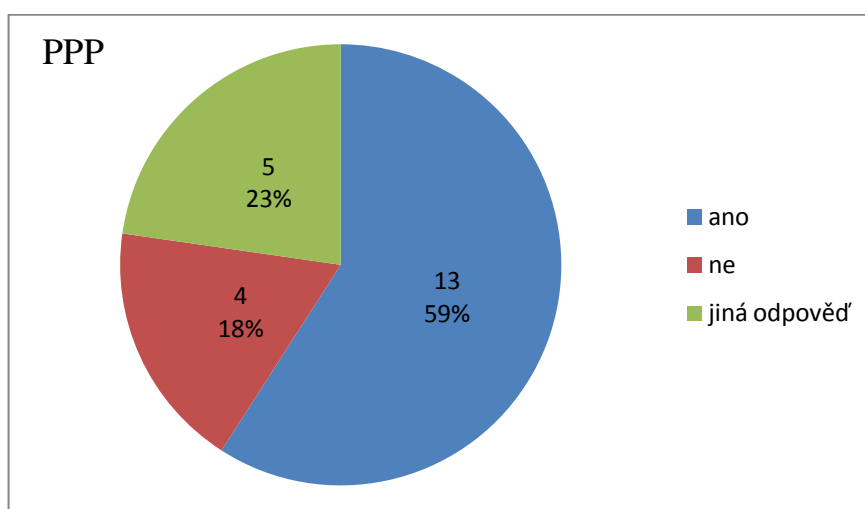
Z grafu č. 2 můžeme zjistit, že respondenty z PPP byli ve 20 případech psychologové a ve 3 případech speciální pedagogové. Jelikož se jednalo o otázku, ve které se daly zatrhnout obě možnosti, tak zjišťujeme, že v jednom případě byl psycholog i speciální pedagog v rámci jedné profese.

Graf č. 3 nám představuje složení respondentů ze SPC. V 11 případech šlo o psychology a v 10 případech o speciální pedagogy, přičemž je patrné, že ve 3 případech se jedná o respondenty, kteří zastupují obě profese.

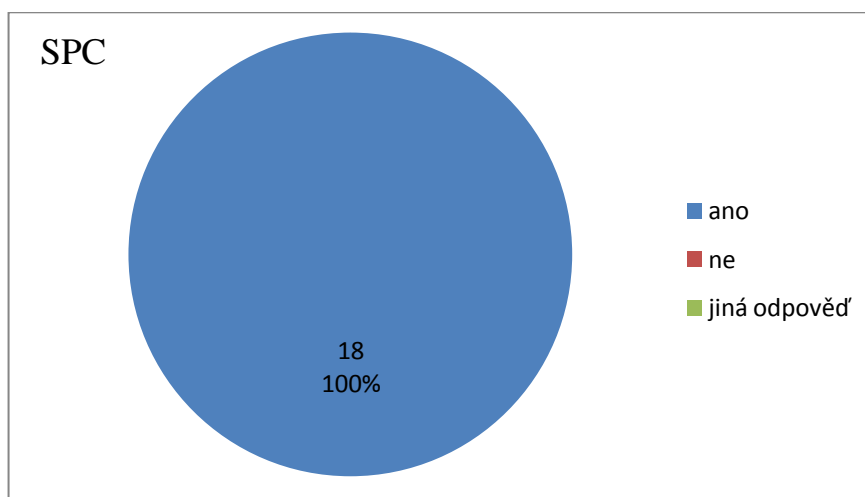
V porovnání obou případů se nám ukazuje, že respondenty z PPP jsou častěji psychologové. Zastoupení respondentů ve SPC je vyrovnanější.

3. Má poradenské zařízení, ve kterém působíte ve své péči dětí předškolního věku s mentálním postižením?

Graf č. 4 Děti s mentálním postižením v péči PPP



Graf č. 5 Děti s mentálním postižením v péči SPC



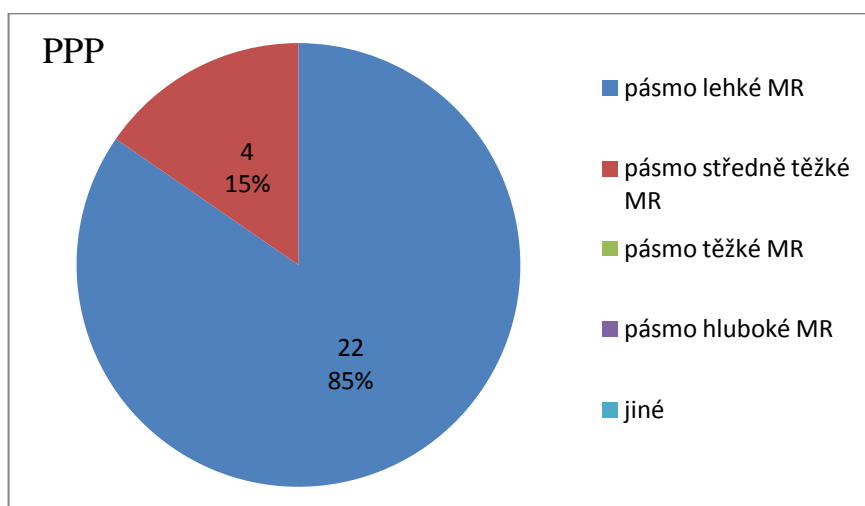
Z grafu č. 4 vyplývá, že na 13 pracovištích PPP mají ve své péči i děti s mentálním postižením, na 4 pracovištích PPP tyto děti v péči nemají. V 5 případech pak respondenti zvolili možnost jiné odpovědi, které jsou následující: „Primárně ne,

ovšem stane se, že přijde dítě, u kterého vyjádříme podezření na MR.“, „Spíše výjimečně.“, „Výjimečně, zjistíme třeba při prvotní diagnostice a většinou pak přechází do péče SPC.“, „Velmi zřídka.“, „Vyšetřením můžeme zjistit mentální postižení, pak předáváme do péče příslušného SPC.“ Z výpovědí respondentů vyplývá, že v PPP se prvotně na děti s mentálním postižením nezaměřují, spíše se stává, že jsou prvním místem, kde je těmto dětem diagnostikováno mentální postižení.

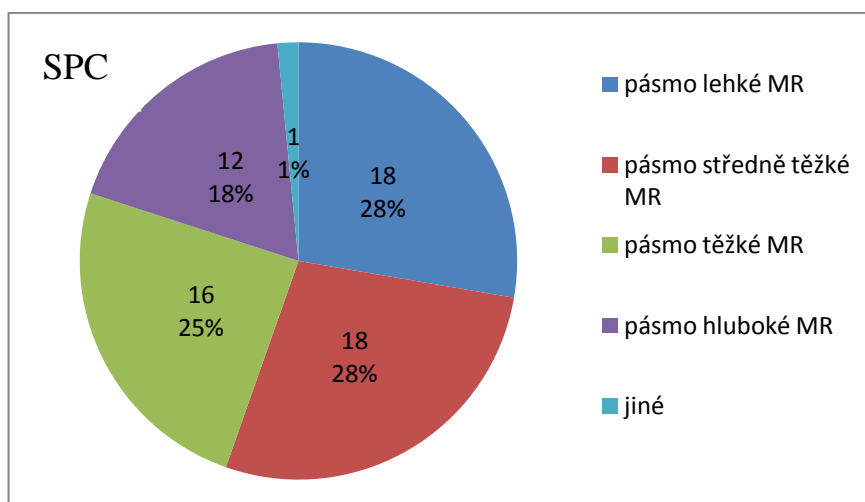
Z grafu č. 5 je patrné, že právě klienti s mentálním postižením jsou hlavní cílovou skupinou SPC pro děti a žáky s mentálním postižením.

4. V jakém pásmu mentální retardace se nacházejí děti předškolního věku ve Vašem zařízení?

Graf č. 6 Pásmo MR u dětí v PPP



Graf č. 7 Pásmo MR u dětí ve SPC



U této otázky bylo možné zatrhnout více odpovědí.

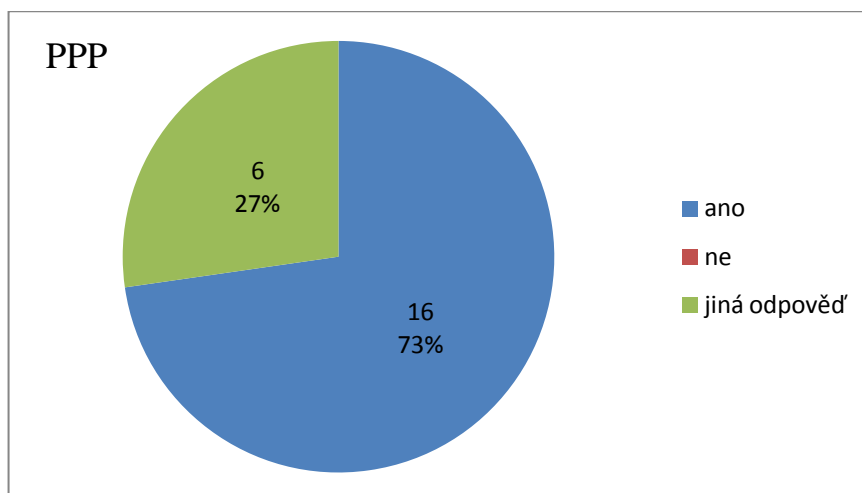
Z grafu č. 6 vyplývá, že děti s mentálním postižením, které jsou v péči PPP, jsou v pásmu lehké mentální retardace, a to u všech 22 respondentů z PPP. Současně s tím uvedli 4 respondenti z PPP, že mají v péči i děti v pásmu středně těžké mentální retardace.

Graf č. 7 nám poskytuje informace o dětech, které jsou v péči SPC. Všichni respondenti ze SPC uvedli, že mají v péči děti v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace. Děti v pásmu těžké mentální retardace uvedlo 16 respondentů a 12 respondentů uvedlo, že mají v péči také klienty s hlubokou mentální retardací. V jednom případě byla označena i odpověď jiné a respondent uvedl „PAS⁷“.

Při srovnání obou grafů je patrné, že systém péče o děti s mentálním postižením má své těžiště ve SPC pro děti a žáky s mentálním postižením. Není ale výjimkou, že děti s mentálním postižením jsou také v péči PPP. Nejčastěji se jedná o děti s lehkým stupněm mentální retardace. I přesto jsou ale děti s MP v rámci PPP spíše méně zastoupenou skupinou.

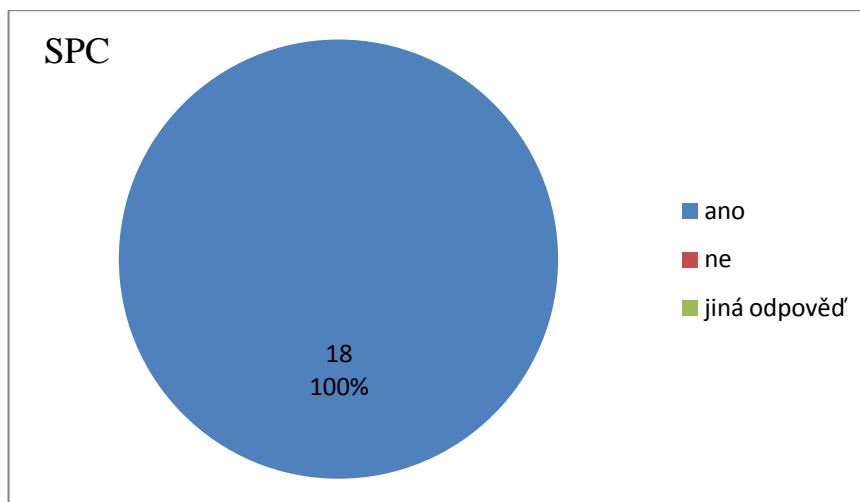
5. Provádíte ve Vašem zařízení diagnostiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením?

Graf č. 8 Realizace diagnostiky školní zralosti v PPP



⁷ Poruchy autistického spektra

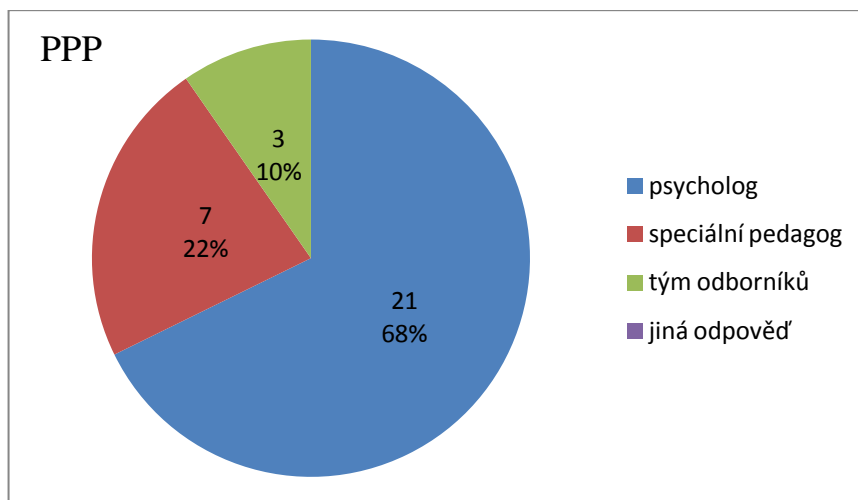
Graf č. 9 Realizace diagnostiky školní zralosti v SPC



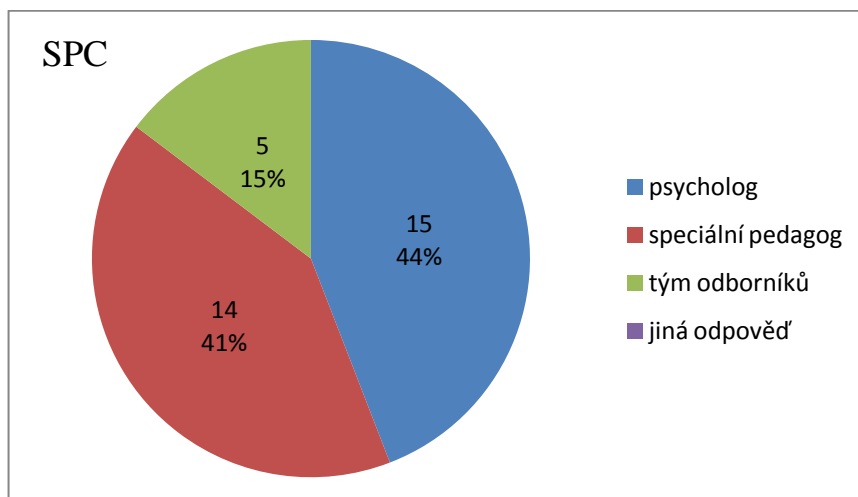
Z grafů č. 8 a 9 vyplývá, že zařízení, která mají ve své péči děti s mentálním postižením, se obvykle zabývají i diagnostikou školní zralosti u těchto dětí. V prostředí SPC je kladná odpověď všech respondentů na otázku předvídatelná, neboť cílovou skupinou dotázaných zařízení jsou právě klienti s mentálním postižením. V PPP byla odpověď v 16 případech kladná a v 6 případech byla zvolena jiná odpověď. Záporně neodpověděl ani jeden z respondentů. V případě jiné odpovědi se ve všech šesti případech objevovaly dva druhy odpovědí. Prvním byla vyjádření: „*Výjimečně.*“, „*Spíše výjimečně.*“ a „*Velmi zřídka.*“, která vystihují výše popsanou situaci v PPP, kdy děti s mentálním postižením tvoří většinou pouze okrajovou skupinu klientů. Ve druhém typu odpovědi se vyskytovala následující vyjádření: „*Jen prvotní, když rodiče neví, že by se mohlo jednat o MR, dále děti odesíláme do SPC.*“, „*Pokud se objeví mentální postižení pak ano a předáváme dítě do péče SPC.*“, „*Pokud zjistíme MP, posíláme do SPC.*“ V tomto typu odpovědi vyjadřují respondenti z PPP to, že děti s mentálním postižením nejsou v mnoha případech cílovou skupinou PPP.

6. Kdo ve Vašem zařízení provádí diagnostiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením?

Graf č. 10 Kdo provádí diagnostiku školní zralosti v PPP



Graf č. 11 Kdo provádí diagnostiku školní zralosti ve SPC



U této otázky bylo možné zatrhnout více odpovědí.

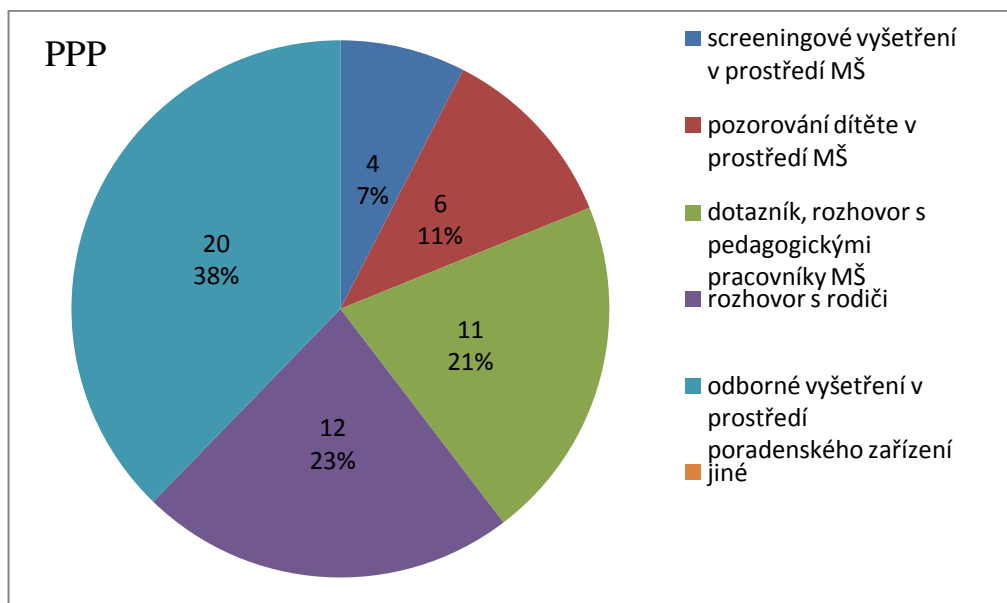
Z grafu č. 10 nám vyplývá, že v prostředí PPP je diagnostika školní zralosti především úkolem psychologa, který byl zmíněn ve 21 případech. Speciální pedagog byl zmíněn v 7 případech a tým odborníků ve 3 případech. Z toho vyplývá, že speciální pedagog se na diagnostice školní zralosti podílí pouze ve třetině případů.

Graf č. 11 nám znázorňuje situaci ve SPC. Zde se situace vzhledem k PPP liší v tom směru, že na diagnostice školní zralosti se podílí psycholog i speciální pedagog. V 5 případech byla zvolena odpověď tým odborníků, což vzhledem k cílové skupině SPC může zahrnovat odborníky z řad logopedů, neurologů a jiných lékařů či psychiatrů.

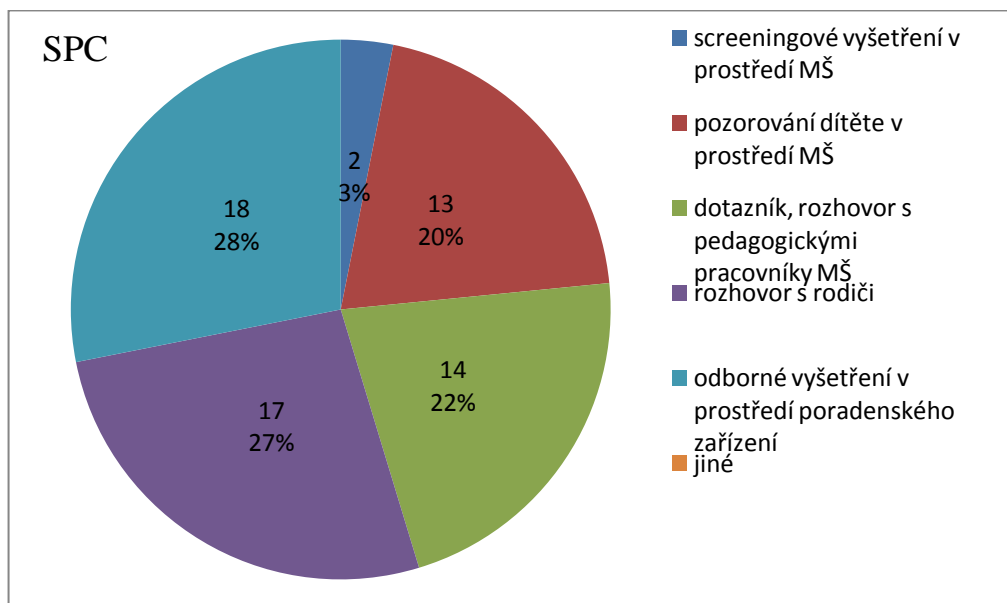
Z porovnání obou situací plyne, že v PPP dominuje vyšetření psychologa, participace speciálního pedagoga je pouze z malé části. Ve SPC se situace liší především v podílu speciálního pedagoga na diagnostice školní zralosti, který je přibližně srovnatelný s podílem psychologa.

7. Jakým způsobem obvykle (tzn. ve většině případů) realizujete diagnostiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením?

Graf č. 12 Realizace diagnostiky školní zralosti v PPP



Graf č. 13 Realizace diagnostiky školní zralosti ve SPC



U této otázky bylo možné zatrhnout více odpovědí.

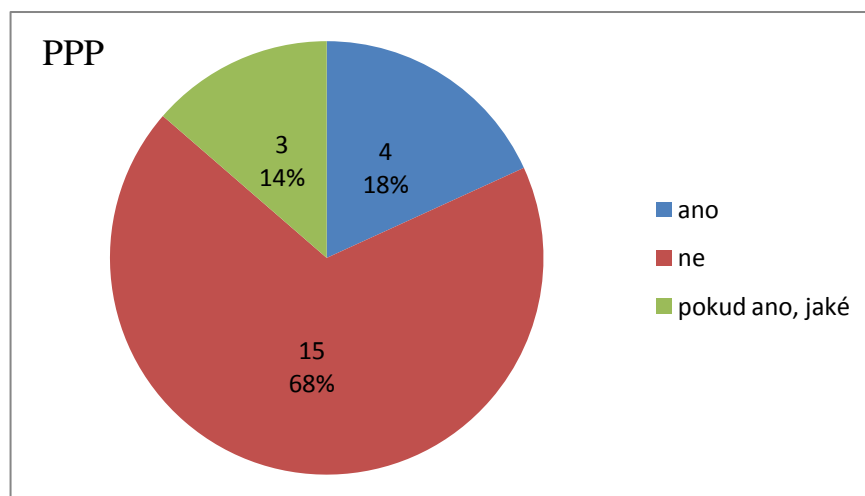
Z grafu č. 12 můžeme vyčíst, že respondenti z PPP uváděli nejčastěji tj. ve 20 případech, že diagnostika školní zralosti je nejčastěji realizována v prostředí poradenského zařízení. Druhou nejčastěji označenou možností je rozhovor s rodiči, který byl označen ve 12 případech. Dále pak 11 respondentů označilo dotazník, rozhovor s pedagogickými pracovníky v mateřské škole. Pozorování dítěte v prostředí mateřské školy bylo označeno v 6 případech a screeningové vyšetření v prostředí mateřské školy ve 4 případech.

Graf č. 13 nám ukazuje situaci ve SPC, kdy všichni respondenti ze SPC tj. 18 uvedli, že diagnostika školní zralosti je realizována v prostředí poradenského zařízení. Další způsob, který byl označen v 17 případech, je rozhovor s rodiči. Dotazník, rozhovor s pedagogickými pracovníky v mateřské škole byl označen ve 14 případech a ve 13 případech pak pozorování dítěte v prostředí mateřské školy. Screeningové vyšetření bylo označeno ve dvou případech.

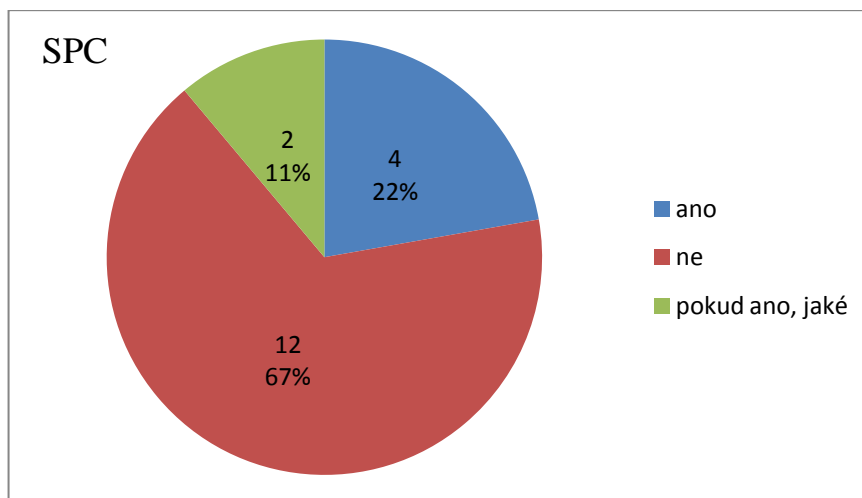
Pokud srovnáme výsledky z obou grafů, tak se dozvídáme, že způsoby, jakými je obvykle prováděna diagnostika školní zralosti, se u PPP a SPC shodují v pořadí podle toho, kolikrát byly označeny. Rozdíly můžeme nalézt především v počtu odpovědí u jednotlivých způsobů.

8. Využíváte při diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením některé principy dynamické diagnostiky?

Graf č. 14 Využívání principů dynamické diagnostiky v PPP



Graf č. 15 Využívání principů dynamické diagnostiky ve SPC



Graf č. 14 nás seznamuje s využitím principů dynamické diagnostiky v rámci PPP. Nejčastěji, v 15 případech byla označena odpověď „ne“. Odpověď „ano“ označili 4 respondenti. Ve 3 případech pak respondenti označili odpověď „pokud ano, jaké“. V těchto třech případech se respondenti vyjádřili následovně: „*Opakování posouzení.*“, „*Názor, hraní, aktuální projevy.*“ a „*Způsob práce, potřeba podpory, povzbuzení, dopomoci.*“

Graf č. 15 nám představuje využití principů dynamické diagnostiky ve SPC. Ve 12 případech byla označena odpověď „ne“. Odpověď „ano“ byla označena 4 respondenty. Blíže principy rozepsali 2 respondenti: „*Klade se důraz na proces, přizpůsobujeme se potřebám jedince, analyzuje se proces myšlení, flexibilně reagujeme na projevy dítěte, zjišťují se potenciály dítěte.*“ a „*ACFS*⁸“.

Při srovnání obou výsledků je patrné, že situace v PPP i SPC je podobná. Počet odpovědí „ne“ je v obou případech procentuelně skoro stejný. Z odpovědí tedy vyplývá, že využití principů dynamické diagnostiky je v obou zařízeních zastoupený obdobně.

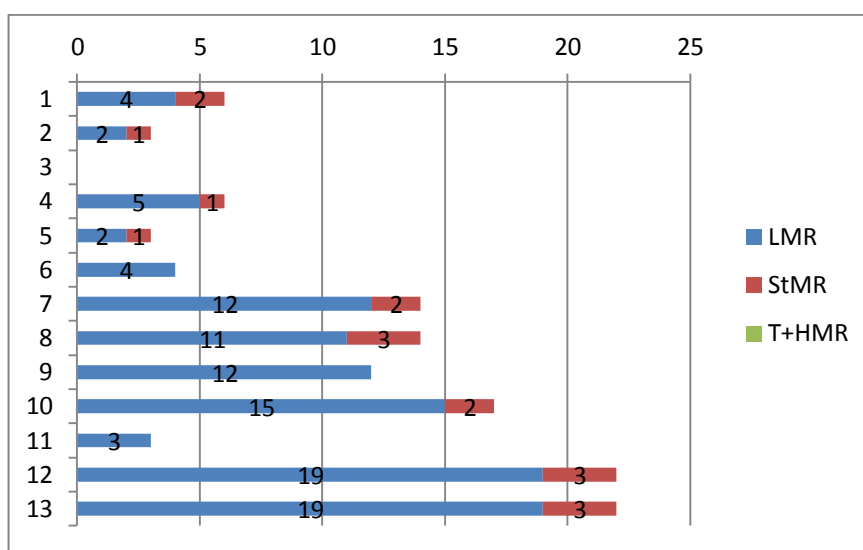
9. Jaké psychologické diagnostické nástroje aktivně využíváte ve Vašem zařízení k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením? (rozlišujte prosím diagnostický nástroj vzhledem ke stupni postižení dítěte s mentálním postižením – lehká MR, středně těžká MR, těžká+hluboká MR)

⁸ ACFS – Aplikace škály kognitivních funkcí pro děti 3 – 5 let (blíže popsáno v kapitole 3.3.2.)

Tabulka 1 Psychologické nástroje k diagnostice školní zralosti v PPP

		LMR	StMR	T+HMR
1	Vývojová škála Bayleyové	4	2	0
2	Gesellovy vývojové škály	2	1	0
3	Günsburgova škála	0	0	0
4	IV. Revize S-B testu	5	1	0
5	Pražský dětský Wechsler	2	1	0
6	Kaufmanův test K-ABC	4	0	0
7	SON-R 2,5-7	12	2	0
8	T-M test	11	3	0
9	Barevné progresivní matice	12	0	0
10	WISC-III.	15	2	0
11	Vinelandská škála sociální zralosti	3	0	0
12	Kresba postavy	19	3	0
13	Orientační test školní zralosti	19	3	0

Graf č. 16 Psychologické nástroje k diagnostice školní zralosti v PPP



U této otázky bylo možné zatrhnout více odpovědí.

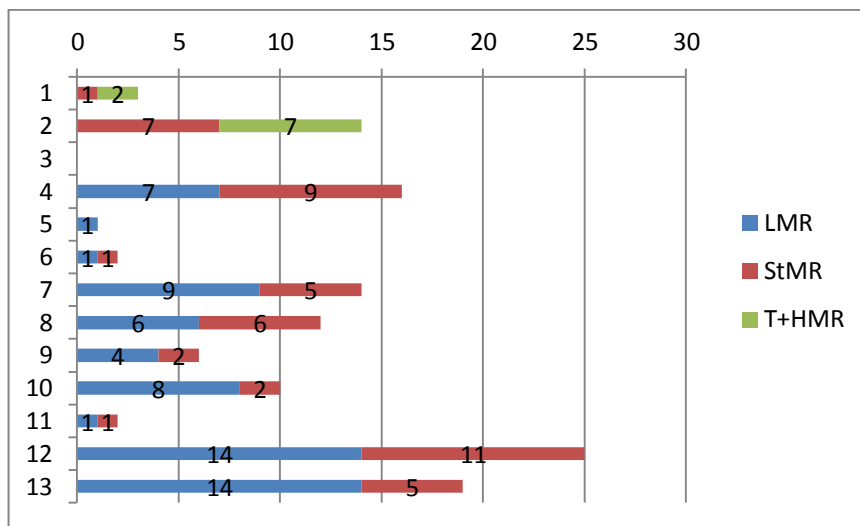
Tabulka 1 a graf č. 16 poskytují odpovědi respondentů na otázku ohledně psychologických diagnostických nástrojů, které jsou využívány v PPP k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením. Respondenti měli rozdělit odpovědi i podle stupně mentální retardace, aby bylo patrné, pro jakou skupinu dětí nástroj používají. Nejčastěji zmiňovanými nástroji byli Kresba postavy a Orientační test školní zralosti, a to u lehkého (LMR) i středně těžkého (StMR) stupně mentální retardace. Z inteligenčních testů byly nejvíce označovány WISC-III., SON-R 2,5-7, Barevné progresivní matice a T-M test, a to pro LMR. Pro StMR byly nejčastěji

označovány T-M test, SON-R 2,5-7 a WISC-III. Z vývojových škál byla pro LMR i StMR nejčastěji označována vývojová škála Bayleyové. Ostatní psychologické diagnostické nástroje byly označovány ojediněle.

Tabulka 2 Psychologické nástroje k diagnostice školní zralosti ve SPC

		LMR	StMR	T+HMR
1	Vývojová škála Bayleyové	0	1	2
2	Gesellovy vývojové škály	0	7	7
3	Günsburgova škála	0	0	0
4	IV. Revize S-B testu	7	9	0
5	Pražský dětský Wechsler	1	0	0
6	Kaufmanův test K-ABC	1	1	0
7	SON-R 2,5-7	9	5	0
8	T-M test	6	6	0
9	Barevné progresivní matice	4	2	0
10	WISC-III.	8	2	0
11	Vinelandská škála sociální zralosti	1	1	0
12	Kresba postavy	14	11	0
13	Orientační test školní zralosti	14	5	0

Graf č. 17 Psychologické nástroje k diagnostice školní zralosti ve SPC



Tabulka 2 a graf č. 17 znázorňují odpovědi respondentů ze SPC na používané psychologické nástroje k diagnostice školní zralosti. Pro LMR byly z inteligenčních testů nejčastěji označovány SON-R 2,5-7, WISC-III., IV.revize S-B testu, T-M test a Barevné progresivní matice. Kresba postavy a Orientační test školní zralosti byl u LMR označen shodně, a to 14. ProStMR byly z inteligenčních testů nejčastěji označovány IV. revize S-B testu, T-M test a SON-R 2,5-7. Kresba postavy byla pro

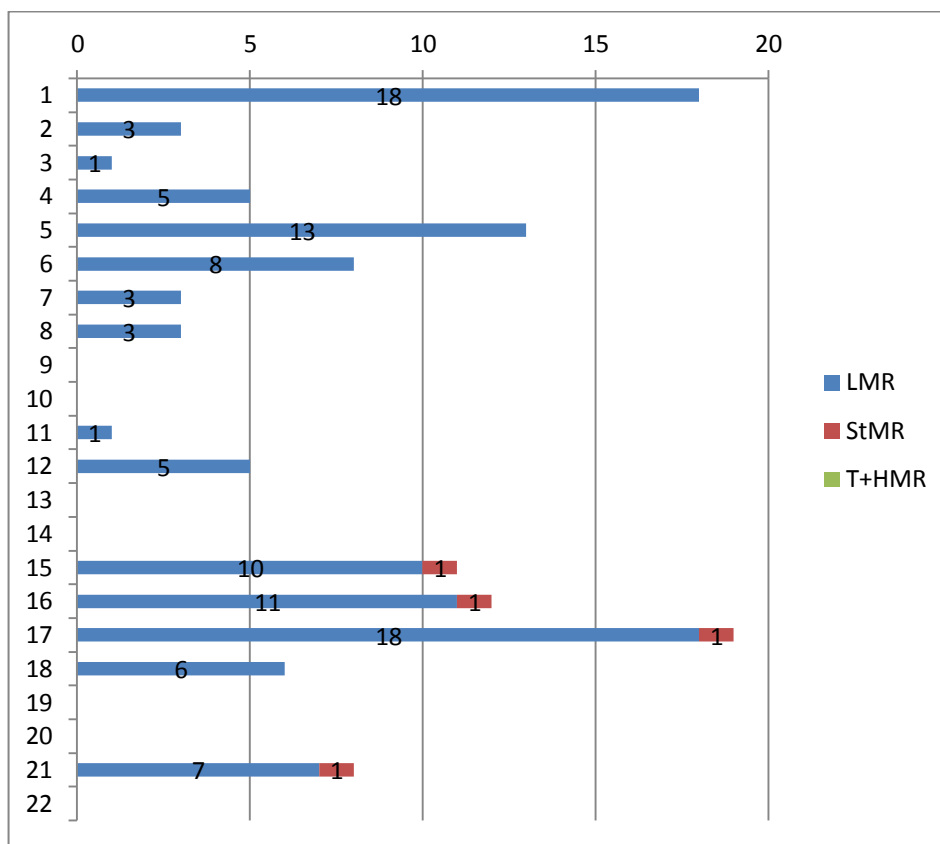
StMR označena v 11 případech. Orientační test školní zralosti byl u StMR označen v 5 případech. Z vývojových škál byly nejčastěji zmiňovány Gesellovy vývojové škály, a to v 7 případech shodně u StMR a těžké a hluboké mentální retardace (T+HMR). Vývojové škály Bayleyové byly u StMR označeny pouze jednou a u H+TMR ve 2 případech.

10. Jaké další diagnostické nástroje (nebo jejich části) aktivně využíváte ve Vašem zařízení k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením? (rozlišujte prosím diagnostický nástroj vzhledem ke stupni postižení dítěte s mentálním postižením – lehká MR, středně těžká MR, těžká+hluboká MR)

Tabulka 3 Další diagnostické nástroje k diagnostice školní zralosti v PPP

		LMR	StMR	T+HMR
1	Reverzní test	18	0	0
2	Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti	3	0	0
3	Rekogniční test reverzní tendence	1	0	0
4	Vývojový test zrakového vnímání	5	0	0
5	Zkouška sluchové diferenciaci	13	0	0
6	Zkouška sluchové analýzy a syntézy SAS-M	8	0	0
7	Test sluchové analýzy pro předškolní děti	3	0	0
8	Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí	3	0	0
9	Ozeretského škála (1997)	0	0	0
10	Škály funkční nezávislosti	0	0	0
11	260 cvičení pro děti raného věku	1	0	0
12	Orientační test dynamické praxe	5	0	0
13	Portage projekt (DC Paprsek)	0	0	0
14	Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením	0	0	0
15	Diagnostika dítěte předškolního věku	10	1	0
16	Test obkreslování	11	1	0
17	Zkouška laterality	18	1	0
18	Test vědomostí předškolních dětí	6	0	0
19	Heidelberský test vývoje řeči H-S-E-T	0	0	0
20	Diagnostika předškoláka - správný vývoj řeči dítěte	0	0	0
21	Obrázkově slovníková zkouška	7	1	0
22	Speciálněpedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči...	0	0	0

Graf č. 18 Další diagnostické nástroje k diagnostice školní zralosti v PPP



U této otázky bylo možné zatrhnout více odpovědí.

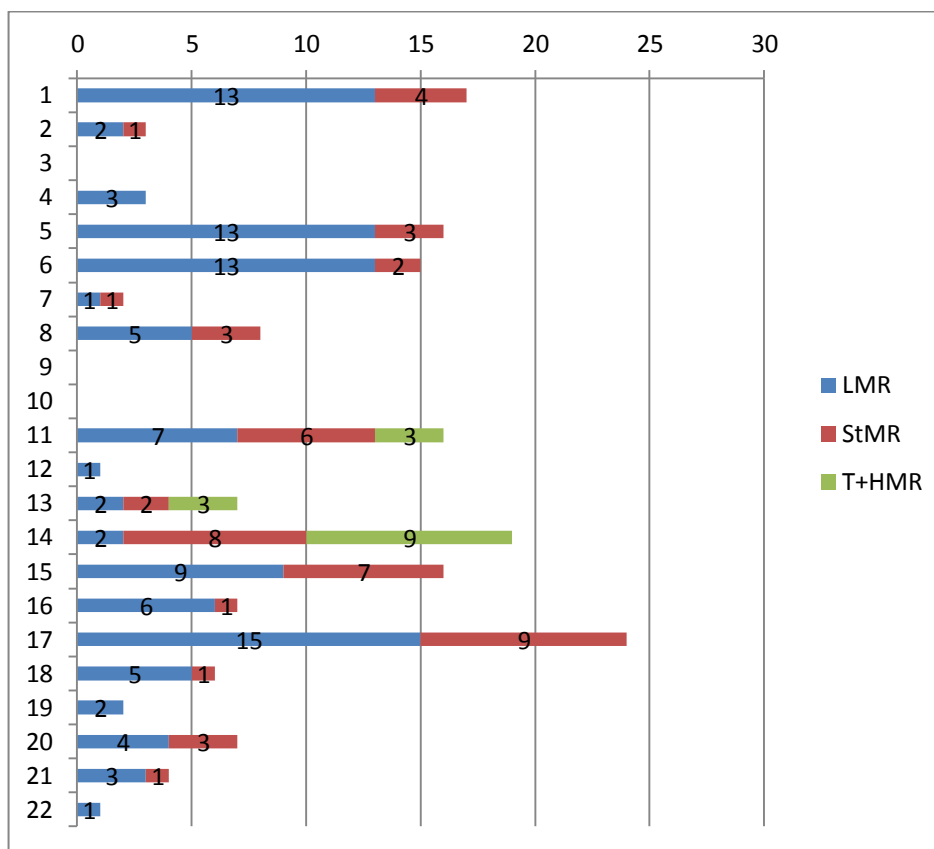
Tabulka 3 a graf č. 18 shrnují výsledky o dalších diagnostických nástrojích, které jsou používány v PPP k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením. V PPP byly nástroje označovány ve většině případů pro LMR. Pro StMR byly označeny pouze Diagnostika dítěte předškolního věku, Test obkreslování, Zkouška laterality a Obrázkově slovníková zkouška, a to shodně jedním označením.

Pro LMR byly nejčastěji, v 18 případech, označeny Reverzní test a Zkouška laterality. Ve 13 případech byla označena Zkouška sluchové diferenciacce, v 11 případech pak Test obkreslování. Další v pořadí byla Diagnostika dítěte předškolního věku (10 případů), Zkouška sluchové analýzy a syntézy (8 případů) a dále pak Obrázkově slovníková zkouška (7 případů), Test vědomostí předškolních dětí (6 případů). Orientační test dynamické praxe a Vývojový test zrakového vnímání (5 případů).

Tabulka 4 Další diagnostické nástroje k diagnostice školní zralosti ve SPC

		LMR	StMR	T+HMR
1	Reverzní test	13	4	0
2	Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti	2	1	0
3	Rekogniční test reverzní tendence	0	0	0
4	Vývojový test zrakového vnímání	3	0	0
5	Zkouška sluchové diferenciaci	13	3	0
6	Zkouška sluchové analýzy a syntézy SAS-M	13	2	0
7	Test sluchové analýzy pro předškolní děti	1	1	0
8	Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí	5	3	0
9	Ozeretzkého škála (1997)	0	0	0
10	Škály funkční nezávislosti	0	0	0
11	260 cvičení pro děti raného věku	7	6	3
12	Orientační test dynamické praxe	1	0	0
13	Portage projekt (DC Paprsek)	2	2	3
14	Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením	2	8	9
15	Diagnostika dítěte předškolního věku	9	7	0
16	Test obkreslování	6	1	0
17	Zkouška laterality	15	9	0
18	Test vědomostí předškolních dětí	5	1	0
19	Heidelberský test vývoje řeči H-S-E-T	2	0	0
20	Diagnostika předškoláka - správný vývoj řeči dítěte	4	3	0
21	Obrázkově slovníková zkouška	3	1	0
22	Speciálněpedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči...	1	0	0

Graf č. 19 Další diagnostické nástroje k diagnostice školní zralosti ve SPC



Tabulka 4 a graf č. 19 shrnují výsledky o dalších diagnostických nástrojích, které jsou používány ve SPC k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením. Jelikož SPC mají v péči děti se všemi stupni mentální retardace, budeme výsledky interpretovat v rámci jednotlivých stupňů mentální retardace.

LMR

Nejčastěji označovanou položkou byla Zkouška laterality (15 případů). Další v pořadí byla Zkouška sluchové analýzy a syntézy, Zkouška sluchové diferenciaci a Reverzní test (13 případů). Diagnostika dětí předškolního věku byla označena v 9 případech a 260 cvičení pro děti raného věku v 7 případech. Test obkreslování byl označen v šesti případech. Další v pořadí následovalo Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí a Test vědomostí předškolních dětí (5 případů). Ve 4 případech byla uvedena Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte. Další položky byly uvedené v jednotlivých případech.

StMR

Zkouška laterality tvořila i v tomto případě nejčastěji označovanou položku (9 případů). Dalším využívaným nástrojem je Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, která byla označena v 8 případech. Diagnostika dítěte předškolního věku byla označena v 7 případech. V 6 případech bylo zmíněno 260 cvičení pro děti raného věku a dalším byl reverzní test (4 případy). Následující nástroje byly označeny v 1 až 3 případech: Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti, Zkouška sluchové diferenciaci, Zkouška sluchové analýzy a syntézy, Test sluchové analýzy pro předškolní děti, Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí, Portage projekt, Test obkreslování, Test vědomostí předškolních dětí, Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte a Obrázkově slovníková zkouška.

T+HMR

Ve vztahu k tomuto pásmu mentální retardace byly označeny 3 položky: Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (9 případů), 260 cvičení pro děti raného věku (3 případy) a Portage projekt (3 případy).

V rámci této otázky nebyly ani pro jednu úroveň MR označeny následující položky: Rekogniční test reverzní tendence, Ozeretského škála, Škály funkční nezávislosti.

11. Další odpovědi, podněty, připomínky...

Tuto otázku jsme do dotazníku zahrnuli proto, aby respondenti mohli vyjádřit svůj názor, připomínky nebo další podněty. Problematika školní zralosti u dětí s mentálním postižením může být nahlížena z různých úhlů, tudíž jsme považovali za vhodné zařadit jako poslední položku dotazníku prostor pro vlastní vyjádření k této problematice. Odpovědi rozdělíme na odpovědi pracovníků PPP a SPC.

PPP (9 odpovědí)

V 6 odpovědích se opakovalo vyjádření, že děti s mentálním postižením jsou primárně v péči SPC. Diagnostika školní zralosti je často také první příležitostí k zachycení dětí s mentálním postižením. Při zjištění mentální retardace jsou pak tyto děti předávány do péče SPC.

„Výšetření kombinujeme s klinickým přístupem – nespolehneme pouze na kvantitativní zhodnocení.“

„Využíváme test MaTeRS⁹“

„Používám WPPSI – předškolní Wechslerův test a dále posouzení pracovní a sociální zralosti. U dětí s LMP postupujeme stejně jako u ostatních dětí. Rozdíl je v tom, kdo co zvládne.“

SPC

„Žádný test nepoužívám úplně celý, spíše z nich vycházím podle aktuální potřeby a situace, mám své upravené záznamové archy.“

„Některé Vámi uváděné testy jsou zastaralé a nemají již normy pro dnešek. Mnoho uvedených položek se rozhodně nesmí a ani je nelze použít jako diagnostický nástroj (Portage projekt, 260 cvičení apod.) při posuzování školní zralosti dětí s mentálním postižením větším než lehkým vycházíme především z pohledu rodičů a kapacitních možností speciálních škol.“

„U těžších poruch dětí s postižením využíváme především vývojové hodnocení, navíc většinu takových klientů známe již několik let, kdy speciální pedagog s dítětem pravidelně pracuje, čili má dobře „zmapované“ jednotlivé schopnosti a dovednosti dítěte.“

4.6 Závěrečné zhodnocení výsledků

Na základě výsledků z dotazníkového šetření se podařilo zmapovat přístup PPP a SPC k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením a přístupy obou zařízení porovnat. Největší rozdíl mezi PPP a SPC je ten, že děti s mentálním postižením sice tvoří určitou část klientely PPP, ale jsou to zejména děti s lehkým stupněm mentální retardace, u kterých je mentální postižení zjištěno právě v průběhu předškolního věku. Děti se středně těžkou mentální retardací jsou klienty PPP spíše výjimečně. V těchto případech hraje roli i fakt, kde se nachází nejbližší SPC. PPP mají přeci jen větší republikové pokrytí než SPC, a tudíž se některé děti s mentálním postižením mohou stát klienty PPP právě z důvodu dostupnosti zařízení. Oproti tomu

⁹ MaTeRS – Test mapující připravenost pro školu (Mapping Test Readiness for School)

klientelu SPC tvoří děti s různým stupněm mentální retardace, jelikož kritériem cílové skupiny tohoto zařízení je právě mentální postižení.

Zásadnější rozdíl můžeme dále pozorovat v personálním obsazení PPP a SPC. V PPP, jejíž hlavní doménou, jak již bylo zmíněno, je diagnostická činnost, je ve větší míře zastoupená profese psychologa. Oproti tomu je ve SPC častěji zastoupena funkce speciálního pedagoga. Osobně se domnívám, že proces jakékoliv diagnostiky by měl navazovat na intervenci, která je ve vztahu k tématu naší práce přítomna především ve vzdělávání a všem ostatním, co se vzděláním souvisí. Tato situace se velmi dobře odráží v otázce, která zkoumá, kdo provádí diagnostiku školní zralosti. V PPP je to ve většině případů psycholog, ale dost často bez podílu speciálního pedagoga na diagnostice, což vnímám u dětí s mentálním postižením jako nedostatek. V SPC je situace odlišná právě v tom, že psycholog a speciální pedagog posuzují školní zralost dítěte převážně společně, což považuji za důležité.

Co se týče prostředí, kde je diagnostika realizována, byla mezi oběma zařízeními shoda v posloupnosti prostředí. Jediným rozdílem bylo to, že ačkoliv u obou zařízení převažovalo odborné vyšetření v prostředí poradenského zařízení, u PPP byl podíl v realizaci dalších způsobů menší než v případě SPC. Tam jsou všechny čtyři nejčastěji zmiňované způsoby v těsné souhře. V případě dětí s mentálním postižením by mělo jít ideálně o kombinaci různých způsobů tak, aby bylo zjištěno maximum potřebných informací.

Míra užívání principů dynamické diagnostiky se pohybuje zhruba okolo třetiny. Problémem při hodnocení této položky může být fakt, že si nelze ověřit, zda všichni respondenti vědí, co přesně dynamická diagnostika je. Z formulovaných odpovědí vztahujících se k této otázce je patrné, že tento pojem nemusí být úplně všem známý. Vycházím z odpovědi „*názor, hraní, aktuální projevy*“, ve které nejde vyloženě o principy dynamické diagnostiky, ale spíše o určité zásady práce s dítětem s mentálním postižením.

Zjišťování psychologických nástrojů používaných při diagnostice školní zralosti dětí s mentálním postižením nám poukázalo na fakt, že v používání těchto nástrojů panuje s drobnými rozdíly shoda mezi oběma zařízeními. Výraznější odlišnost lze spatřovat ve využívání vývojových škál. V PPP jsou vývojové škály používány u dětí

s lehkým a středně těžkým stupněm mentální retardace. Oproti tomu ve SPC jsou tyto využívány u dětí se středně těžkým, těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace. V případě LMR nebyly vývojové škály označeny ani v jednom případě.

Zmapování využívání dalších diagnostických nástrojů v PPP a SPC poskytly informace o tom, že jak v prostředí PPP, tak i v SPC jsou nejčastěji používanými testy Reverzní test, Zkouška laterality a Zkouška sluchové diferenciaci a Zkouška sluchové analýzy a syntézy. Častěji také byla oběma zařízeními označována Diagnostika dítěte předškolního věku a Test obkreslování. Výraznější rozdíly byly patrné v nástrojích používaných v SPC, a to vzhledem ke stupni postižení. V označovaných nástrojích SPC se poměrně často objevují 260 cvičení pro děti raného věku a Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením. Projekt Portage byl také označen pouze pracovníky SPC. V PPP nebyla ani jednou označena Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte oproti SPC, kde byla označena několikrát pro LMR a StMR.

Z vlastních vyjádření respondentů lze odvodit, že v mnohých PPP jsou děti s mentálním postižením spíše vzácností. Z vyjádření respondentů SPC vyplývá fakt, že diagnostické nástroje nejsou primárně určeny pro děti s mentálním postižením, a tak tyto nástroje používají podle potřeby, nebo jinak upravené. To, že jsou některé testy zastaralé, je všeobecně známý fakt. Jelikož jsou děti s mentálním postižením specifickou skupinou, nepovažují za důležité a ani úplně vhodné je při diagnostice srovnávat s běžnou dětskou populací. Spíše je vhodné použít takové prostředky a materiály, které nám pomohou pochopit, jak různé děti s mentálním postižením přemýšlí, jak se učí...

4.7 Vyhodnocení výzkumných předpokladů

„V PPP provádí diagnostiku školní zralosti u dětí s MP nejčastěji psycholog, ve SPC se na diagnostice školní zralosti podílí více odborníků.“

Tento předpoklad můžeme na základě výzkumného šetření **potvrdit**. V PPP se na diagnostice školní zralosti podílí většinou pouze psycholog oproti SPC, kde je diagnostika nejčastěji realizována psychologem a speciálním pedagogem.

„Diagnostika školní zralosti u dětí s mentálním postižením je nejčastěji realizována formou odborného vyšetření v prostředí poradenského zařízení.“

Tento předpoklad můžeme na základě výzkumného šetření **potvrdit**. Tato možnost byla v obou případech označena nejčastěji.

„Principy dynamické diagnostiky jsou častěji využívány pracovníky SPC.“

Tento předpoklad na základě výzkumného šetření **nelze potvrdit**. V obou případech byly výsledky téměř srovnatelné.

„Při diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením ve SPC jdou častěji využívány vývojové škály.“

Tento předpoklad můžeme na základě výzkumného šetření **potvrdit**. Ve SPC jsou vývojové škály užívány častěji, a to zejména ve vztahu k těžším stupňům postižení.

„Ve SPC jsou častěji využívány nestandardizované nástroje, které nejsou prvotně určené k diagnostice.“

Tento předpoklad můžeme na základě výzkumného šetření **potvrdit**. Tyto nástroje umožňují větší individualizaci, což je u dětí s mentálním postižením žádoucí.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapování postupů, které využívají pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením. Tento cíl byl naplněn. Pomocí dotazníkového šetření byly zjištěny potřebné informace a ty mezi sebou byly porovnány vzhledem k zařízení, ve kterém byly získány. Stanovené výzkumné předpoklady byly v závěrečné kapitole práce ověřeny.

Práce poskytuje srovnání českého a zahraničního pojetí školní zralosti, kdy zahraniční resp. americké pojetí představuje velice zajímavé myšlenky. V zahraničním pojetí je významný především posun ve vnímání školní zralosti ne pouze jako záležitosti dítěte a jeho vývoje, ale také jako úkol školy, do které dítě nastupuje. Tento model mi přijde velice inspirativní, neboť škola i celá společnost by nepochybně měla mít zájem na tom, aby byly stejné možnosti poskytnuty každému dítěti.

Dalším zdrojem, který představuje mimo jiné také vhodný přístup k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením je dynamická diagnostika, která byla blíže popsána ve třetí kapitole. Ta představuje pohled na dítě jako na bytost, která je schopná kognitivní modifikovatelnosti. Poskytuje především vhled do toho, jakým způsobem lze orientovat diagnostiku tak, aby poskytovala informace o potenciálu dítěte namísto výčtu aktuálních schopností a aktuálním výkonu.

Ve své práci jsem se pokusila uvést různé pohledy na problematiku diagnostiky školní zralosti u dětí s mentálním postižením, které by mohli být zajímavou inspirací zejména pro ty, kteří mají zájem na tom, aby děti s mentálním postižením byly brány jako nedílná součást naší rozmanité společnosti.

SHRNUTÍ

Diplomová práce se zabývá diagnostikou školní zralosti u dětí s mentálním postižením.

Práce se věnuje teoretickým poznatkům z oblasti předškolního věku dítěte a dítěte s mentálním postižením. Shrnuje také poznatky o školní zralosti a možnostech její diagnostiky. Práce dále poskytuje pohled na dynamickou diagnostiku jako na možné východisko diagnostiky školní zralosti u dětí s mentálním postižením. Závěrečná část práce prezentuje výsledky výzkumného šetření, které mělo za cíl zmapovat postupy pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center pro děti a žáky s mentálním postižením v případě diagnostiky školní zralosti u dětí s mentálním postižením.

SUMMARY

This thesis is focused on the school readiness assessment of children with mental disability.

The work is devoted to theoretical knowledge of the preschool child and of the child with mental disability. Thesis also summarizes theoretical information of school readiness and its assessment opportunities. Thesis also provides insight into the dynamic assessment as a possible way of school readiness assessment of children with mental disability. The final part of thesis presents the results of research, which map the procedures of school readiness assessment of children with mental disability, in pedagogical-psychological consultancy and special education centers for children with mental disability.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2011b. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Školní zralost: Co by dítě mělo umět před vstupem do školy*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2011a. 99 s. ISBN 978-80-251-2569-4.

BENDO VÁ, Petra a ZIKL Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.

ČAČKA, Otto. *Psychologie dítěte*. 3.vyd. Tišnov: SURSUM, 1997. 156 s. ISBN 80-85799-03-0.

ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

FELCMANOVÁ, Lenka. *Test zrakového vnímání*. 1. vyd. Ilustrace Zuzana Ondroušková, Pavel Bosák. Praha: DYS-centrum, 2013, 1 fasc. (19 s., [67] l.). ISBN 978-80-87581-02-5.

HÁJKOVÁ, Vanda a STRNADOVÁ, Iva. *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 1. vyd. 224 s. ISBN 978-80-247-3070-7.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 696 s. ISBN 978-80-7367-482-3.

KLENKOVÁ, Jiřina a KOLBÁBKOVÁ, Helena. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2003. 125 s.

KREJČOVÁ, Kristýna. *Dynamický přístup k pedagogicko-psychologické diagnostice a intervenci v mateřské škole*. Praha, 2012. 129 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Eva ŠÍROVÁ.

KUCHARSKÁ, Anna a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. 1. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2007. 220 s. ISBN 978-80-86856-42-1.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 100 s. ISBN 80-247-1026-9.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LEBEER, Jo a kol. *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje: podpora začleňování znevýhodněných dětí do běžného vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 264 s. ISBN 80-7367-103-4.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 6. vyd. Praha: Portál, 2014. 144 s. ISBN 978-80-262-0519-7.

MERTIN, Václav a Gillernová, Ilona, eds. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 232 s. ISBN 80-7178-799-X.

MERTIN, Václav a KREJČOVÁ, Lenka a kol. *Výchovné poradenství*. 2. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. 364 s. ISBN 978-80-7478-356-2.

MERTIN, Václav a KREJČOVÁ, Lenka, eds. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 344 s. ISBN 978-80-7357-679-0.

MICHALÍK, Jan a BASLEROVÁ, Pavlína a HANÁK, Petr a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb část I.: Hmotněprávní a procedurální standardy, dokumentace a vybrané vzory v činnosti SPC*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 121 s. ISBN 978-80-244-3050-8.

PIAGET, Jean a INHELDEROVÁ, Bärbel. *Psychologie dítěte*. 5. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-798-5.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.

SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

SVOBODA, Mojmír a KREJČÍŘOVÁ, Dana a VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

ŠMELOVÁ, Eva a PETROVÁ, Alena a SOURALOVÁ, Eva a kol. *Přípravenost dětí k zahájení povinné školní docházky v kontextu současného kurikula*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 312 s. ISBN 978-80-244-3345-5.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

TZURIEL, David. *Dynamic assessment of young children*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2001. 241 s. ISBN 0-306-46510-8.

VÁGNEROVÁ, Marie a HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie a KLÉGROVÁ, Jarmila. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika předškolního věku*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. 122 s. ISBN 978-80-7372-213-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 530 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VALENTA, Milan a MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VYGOTSKIJ, Lev Semjonovič, uspořádal, úvodním slovem a komentáři opatřil PRŮCHA, Jan. *Psychologie myšlení a řeči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-943-7.

Internetové zdroje:

HIGH, Pamela C. School Readiness. *Pediatrics*. Official Journal of the American Academy of Pediatrics [online]. Illinois: American Academy of Pediatrics, 2008, e1008-e1013 [cit. 28.5.2014]. ISSN 1098-4275. Dostupné z WWW: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/4/e1008.full.html>>

JEAN and ALEXANDER HEARD LIBRARY VADERBILT UNIVERSITY. *Dynamic Assessment: Guide to Peabody Library's collection on Dynamic Assessment*. [online]. [cit. 13.6.2014]. Dostupné z WWW: <http://researchguides.library.vanderbilt.edu/PBDY_DA>

LEWIT, Eugene M. and SCHUURMANN BAKER, Linda. *School Readiness The Future of Children*. Critical Issues for Children and Youths. Vol. 5 No. 2, 1995. [online]. [cit. 27.5.2014]. Dostupné z WWW: <http://futureofchildren.org/futureofchildren/publications/docs/05_02_Indicators.pdf?origin=publication_detail>

MAXWELL, Kelly L. and CLIFFORD, Richard M. *School Readiness Assessment*. Beyond the Journal. Young Children on the Web, 2004 [online]. [cit. 28.5.2014]. Dostupné z WWW: <<http://journal.naeyc.org/btj/200401/Maxwell.pdf>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce před její obhajobou
Příloha č. 2	Evidenční list
Příloha č. 3	Porovnání statické a dynamické diagnostiky
Příloha č. 4	Dotazník k výzkumnému šetření

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta
M.D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce před její obhajobou

Závěrečná práce:

Druh práce	
Název práce	
Autor práce	

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Jsem si vědom/a, že pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny dané práce lze pouze na své náklady a že úhrada nákladů za kopírování, resp. tisk jedné strany formátu A4 černobíle byla stanovena na 5 Kč.

V Praze dne

Jméno a příjmení žadatele	
Adresa trvalého bydliště	

podpis žadatele

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta
M.D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce
Evidenční list

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.
 Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Poř. č.	Datum	Jméno a příjmení	Adresa trvalého bydliště	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Příloha č. 3

	Statická diagnostika	Dynamická diagnostika
Co je porovnáváno	Zkoumaný jedinec s ostatními	Zkoumaný jedinec v rámci svého vývoje
Hlavní otázka	Co se jedinec v minulosti naučil? Co dokáže? Jaký je výkon jedince v porovnání s ostatními?	Jakým způsobem se jedinec učí v nových situacích? Jak a nakolik můžeme zlepšit jeho učení a jeho výkon? Jaké jsou hlavní překážky rozvoje jeho schopností?
Povaha úkolů	Vztahující se k produktům, výsledkům, výkonům	Vztahující se k procesům, konstruované pro učení, stupňované pro intervenci
Výstupy	IQ jako všeobecná míra schopností, srovnání s populačními normami, zóna aktuálního vývoje	Učební potenciál (co se dokáže naučit při zmenšení překážek?, jak tyto překážky zmenšit?), zóna nejbližšího vývoje
Diagnostický proces	Standardizovaný, orientovaný na produkty a minulé zkušenosti	Individualizovaný, reagující na překážky v učení, orientovaný na procesy, které se podílí na záměrném získávání nových informací a dovedností
Zaměření na	Samostatný výkon, koncový produkt, objektivní skóry a jejich profil	Procesy učení, metakognitivní procesy, porozumění chybám
Interpretace výsledků	Objektivní, identifikace limitů učení a výkonu, struktura schopností, doložení potřeby další diagnostiky a případné intervence	Subjektivní, identifikace překážek v učení a specifický plán intervence potřebné k jejich odstranění
Chování examinátora	Předkládá problémy, zachycuje odpovědi, je emocionálně neutrální	Předkládá problémy, identifikuje obtíže, učí metakognitivní strategie, pokud je potřeba, je emocionálně angažovaný
Chování testované osoby	Reaktivní	Aktivní
Kontext testování	Standardizovaný, strukturovaný, formální, rodiče a učitelé většinou nemohou být přítomni vyšetření	Dynamický, otevřený, interaktivní, podporující, pomáhající, zpětnovazebný, rodiče a učitelé mohou být přítomni vyšetření

Příloha č. 4

Jaké postupy využívají školská poradenská zařízení (ppp, spc) k diagnostice školní zralosti u dítěte s mentálním postižením.

- 1) Druh školského poradenského zařízení, ve kterém působíte?**
 - a. SPC
 - b. PPP
- 2) Jaké je Vaše profesní zařazení?**
 - a. psycholog
 - b. speciální pedagog
- 3) Má poradenské zařízení, ve kterém působíte ve své péči děti předškolního věku s mentálním postižením?**
 - a. ano
 - b. ne
 - c. jiná odpověď.....
- 4) V jakém pásmu mentální retardace se nacházejí děti předškolního věku ve Vašem zařízení?**
 - a. pásmo lehké MR
 - b. pásmo středně těžké MR
 - c. pásmo těžké MR
 - d. pásmo hluboké MR
 - e. jiné.....
- 5) Provádíte ve Vašem zařízení diagnostiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením?**
 - a. ano
 - b. ne
 - c. jiná odpověď.....
- 6) Kdo ve Vašem zařízení provádí diagnostiku školní zralosti u dětí s mentálním postižením?**
 - a. psycholog
 - b. speciální pedagog
 - c. tým odborníků
 - d. jiná odpověď

7) Jakým způsobem obvykle (tzn. ve většině případů) realizujete diagnostiku školní zralosti u dítěte s mentálním postižením?

- a. screeningové vyšetření v prostředí MŠ, kam dítě dochází
- b. pozorování dítěte v prostředí MŠ
- c. dotazník, rozhovor s pedagogickými pracovníky MŠ
- d. rozhovor s rodiči
- e. odborné vyšetření v prostředí poradenského zařízení
- f. jiné.....

8) Využíváte při diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením některé principy dynamické diagnostiky?

- a. ano
- b. ne
- c. pokud ano, jaké

9) Jaké psychologické diagnostické nástroje aktivně využíváte ve Vašem zařízení k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením? (rozlišujte prosím diagnostický nástroj vzhledem ke stupni postižení dítěte s mentálním postižením – lehká MR, středně těžká MR, těžká+hluboká MR)

		LMR	StMR	T+HMR
1	Vývojová škála Bayleyové			
2	Gesellovy vývojové škály			
3	Günsburgova škála			
4	IV. Revize S-B testu			
5	Pražský dětský Wechsler			
6	Kaufmanův test K-ABC			
7	SON-R 2,5-7			
8	T-M test			
9	Barevné progresivní matice			
10	WISC-III.			
11	Vinelandská škála sociální zralosti			
12	Kresba postavy			
13	Orientační test školní zralosti			

10) Jaké další diagnostické nástroje (nebo jejich části) aktivně využíváte ve Vašem zařízení k diagnostice školní zralosti u dětí s mentálním postižením?
(rozlišujte prosím diagnostický nástroj vzhledem ke stupni postižení dítěte s mentálním postižením – lehká MR, středně těžká MR, těžká+hluboká MR)

		LMR	StMR	T+HMR
1	Reverzní test			
2	Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti			
3	Rekogniční test reverzní tendence			
4	Vývojový test zrakového vnímání			
5	Zkouška sluchové diferenciaci			
6	Zkouška sluchové analýzy a syntézy SAS-M			
7	Test sluchové analýzy pro předškolní děti			
8	Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí			
9	Ozeretzkého škála (1997)			
10	Škály funkční nezávislosti			
11	260 cvičení pro děti raného věku			
12	Orientační test dynamické praxe			
13	Portage projekt (DC Paprsek)			
14	Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením			
15	Diagnostika dítěte předškolního věku			
16	Test obkreslování			
17	Zkouška laterality			
18	Test vědomostí předškolních dětí			
19	Heidelberský test vývoje řeči H-S-E-T			
20	Diagnostika předškoláka - správný vývoj řeči dítěte			
21	Obrázkově slovníková zkouška			
22	Speciálněpedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči...			

11) Další odpovědi, podněty, připomínky...